This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 730 026

MEDICAL SCHOOL
LIBRARY

SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII

EX LIBRIS

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

ARCHIVES

DE

NEUROLOGIE

REVUE MENSUELLE

DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

FONDÉE PAR **J.-M. CHARCOT**

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

A. JOFFROY
Professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris.

V. MAGNAN
Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Asile clinique (Ste-Anne).

F. RAYMOND
Professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

COLLABORATEURS PRINCIPAUX

MM. ALELEKKEFF, BABINSKI, BALLET, BLANCHARD (R.), BLIN (E.), BOUCHEREAU, BOYER, BRIAND (M.), BRISSAUD (E.), BROUARDEL (P.), CAMUSET, CATSARAS, CHABBERT, CHARON (R.), CHRISTIAN CULLERRE, DEBOVE (M.), DENY, DEVAY, DUCAMP, DUVAL (MATHIAS), FERRIER, FRANCOTTE, GALAVIELLE, GARNIER (P.), GARNIER (S.), GILLES DE LA TOURETTE, GOMBAULT, GRASSET, KERAVAL (P.), KLYPPEL, LANDOUZY, MARANDON DE MONTYEL, MARIE, MIERZEJEWSKY, MUSGRAVE-CLAY, NOIR, PIERRET, PITRES, REGIS, REGNARD (P.), RÉGNIER (P.), RICHER (P.), ROUBINOVITCH, ROTH (W.), SÉGLAS, SEGUIN (E.-C.), SÉRIEUX, SOLLIER, SOUKHANOFF, SOUQUES, SOURY (J.), TEINTURIER (E.), THULIÉ (H.), TOULOUSE (E.), VILLARD, VOISIN (J.), YVON (P.).

Rédacteur en chef : **BOURNEVILLE**
Secrétaires de la rédaction : **J.-B. CHARCOT** et **G. GUINON**
Dessinateur : **LEUBA**

Deuxième série, tome I. — 1896.

Avec 30 figures dans le texte et 2 planches.

PARIS
BUREAUX DU *PROGRÈS MÉDICAL*
14, *rue des Carmes.*

1896

UNIV OF CALIF
MEDICAL SCHOOL

Vol. I. Janvier 1896. N° 1

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

THÉRAPEUTIQUE.

TROIS CAS D'IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE TRAITÉS PAR L'INGESTION THYROÏDIENNE;

Par BOURNEVILLE, médecin de Bicêtre.
(Section des enfants nerveux.)

Le lendemain de la communication d'un travail intitulé : *De l'idiotie avec cachexie pachydermique* ou *idiotie myxœdémateuse*, que nous avons faite le 14 août 1889 à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, nous avons reçu de M. le Dr Arnaud (de Saint-Gilles), qui avait assisté à la séance, une lettre dans laquelle il soumettait à notre appréciation un mode particulier de traitement alors tout à fait inconnu et qui, depuis cette époque, a fait un grand chemin[1].

« M. Brown-Séquard, dit-il, pense, non sans raison peut-être, que les glandes ou du moins quelques-unes d'entre elles, ont une action encore inconnue sur la

[1] Voir *Archives de Neurologie*, 1890, t. XIX, p. 228, à la fin de notre mémoire intitulé : *Nouvelle observation d'idiotie myxœdémateuse (cachexie pachydermique)*.

9012

nutrition, par suite de certains principes qu'elles verseraient incessamment dans la circulation. N'en serait-il pas de même du corps thyroïde ? Dès lors, on s'expliquerait facilement la cachexie consécutive à l'absence de cette glande.

« En outre, cette théorie pourrait conduire à un traitement rationnel de la cachexie pachydermique : le traitement par les *injections sous-cutanées* (ou même peut-être par l'*absorption intestinale*) de certains principes empruntés à la *glande thyroïde*. »

Différentes circonstances nous ont empêché, malgré notre désir, d'essayer immédiatement le traitement indiqué par M. le Dr Arnaud. Entre temps est intervenu un essai de traitement par la *greffe de la glande thyroïde* dans la cavité péritonéale[1]. La malade qui avait été soumise à ce traitement, Wathi... (Augustine), est entrée dans notre service et nous avons constaté qu'aucune amélioration ne s'était produite. Les autres tentatives de ce genre ne semblent pas avoir donné des résultats satisfaisants[2].

En 1891, M. le Dr Murray publia la première observation de guérison du myxœdème par les injections de suc thyroïdien et, en 1892, M. le professeur Bouchard communiqua à l'*Association française pour l'avancement des Sciences*[3] les observations de deux

[1] Lannelongue. — *Sur la transplantation du corps thyroïde sur l'homme.* (En collaboration avec Legroux.) (*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 8 mars 1890, p. 135.) La malade en question est celle qui fait l'objet de notre seconde observation.

[2] Consulter entre autres les travaux de MM. Walther, Battincourt, Serano, Horsley, qui ont suivi la publication des recherches physiologiques du professeur Schiff d'abord, puis du Dr Eiselsberg.

[3] Bouchard (Ch.). — *Réflexions sur deux cas de myxœdème, traités*

myxœdémateuses adultes, notablement améliorées par le même traitement. Ainsi se trouvait appliquée l'idée émise deux ans auparavant par M. le Dr Arnaud, c'est-à-dire le *traitement thyroïdien*. A partir de leurs publications, ce mode de traitement s'est rapidement vulgarisé.

Personnellement, en mars 1893, nous avions fait administrer le suc thyroïdien en julep, puis, en novembre et décembre de la même année, nous avons pratiqué des injections sous-cutanées de liquide thyroïdien sur trois malades atteints d'idiotie myxœdémateuse due à l'*absence congénitale* de la GLANDE THYROÏDE : Debarg..., âgé de vingt-huit ans ; Wat..., âgée de dix-huit ans, et Gonich..., âgée de un an et demi. Les injections ont été au nombre de 65, 63, 29[1]. Ce traitement n'a déterminé aucune amélioration sensible chez ces malades. C'est pourquoi nous nous sommes décidé à recourir à l'*ingestion stomacale* de la *glande thyroïde du mouton*. Nous avons commencé par un demi-lobe, c'est-à-dire le quart de la glande[2], puis nous avons donné un lobe, ou la moitié de la glande. Trois malades ont été soumis à ce traitement à partir du 31 mai, et il a été continué jusqu'à ce jour. Durant cette période, soit plus de deux mois, nous avons fait

par des injections de suc thyroïdien. (Session de Pau, 1892, 1re partie, p. 292.)

[1] La malade qui a reçu le moins d'injections était une malade externe. Gonich.., habitant Ivry, que sa mère amenait tous les deux jours. Les injections sous-cutanées ont été pratiquées à partir de 1890, par Vassole, Pisanti, Gley, Magnan.

[2] Nous avons pesé pendant huit jours les lobes, soit la moitié des glandes; les pesées nous ont donné les résultats suivants : 1 gr. 70, 1 gr. 40, 1 gr. 95, 2 gr. 20, 2 gr. 30, 2 gr. 60, 2 gr. 80, 2 gr., soit environ 2 grammes par lobe frais ou demi-glande.

prendre régulièrement la *température* des malades, matin et soir, leur *poids* tous les huit jours, et leur *photographie* également tous les huit jours.

Les *tracés* que nous plaçons sous vos yeux indiquent les oscillations de la température (*tracé rouge*), les modifications du poids (*tracé bleu*); les rectangles et les carrés *verts*, placés en bas de chaque tableau, répondent aux jours où l'on a administré la glande, les rectangles correspondent à un demi-lobe, les carrés à un lobe entier. Ces explications préalables étant données, nous allons maintenant aborder l'exposé de chaque cas.

Observation I. — Idiotie myxœdémateuse.

Père tuberculeux (?). — Oncle maternel paralysé, aliéné et sujet probablement à des accès d'épilepsie. — Frère et sœur morts tuberculeux. — Sœur strabique à la suite de convulsions de l'enfance, morte tuberculeuse.

Renseignements incomplets sur les antécédents du malade. — Marche à dix-huit mois. — Propre de bonne heure. — Arrêt de développement, bouffissure et épaississement à partir de trois ans. Etat du malade au 1er février 1890. — Lésions scrofuleuses et rachitiques. — Absence de la glande thyroïde; symptômes classiques de l'idiotie myxœdémateuse : pseudo-lipomes; persistance de la fontanelle antérieure; hernie ombilicale; eczéma; arrêt de développement physique et intellectuel; parole, voix, etc.

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien : résultats négatifs.*

1895. *Ingestion stomacale de glande thyroïde de mouton.— Amélioration : Élévation de la température; — diminution de poids; — phénomènes divers dus au traitement; — modifications de la voix, etc., etc.*

Debarg... (Jules), né à la Ventie (Pas-de-Calais), le 6 octobre 1865, est entré à Bicêtre dans notre service, le 23 février 1890.

Il s'agit d'un malade dont nous avons publié l'observation détaillée dans les *Archives de Neurologie*[1] et que nous avons reproduite

[1] Année 1890, t. XVI, p. 217.

dans le *Compte rendu* du service des enfants de Bicêtre pour l'année 1889 (t. X, p. 172), aussi nous bornons-nous à citer le sommaire de son observation. Les *figures* 1, 2, 3 et 4 ne laissent aucun doute sur la réalité de l'*idiotie myxœdémateuse*.

Fig. 1.

Deb... avec sa pipe et sa canne (1889)

La température rectale[1] du malade prise avec soin à diverses

[1] Nous prenons la température rectale des malades, la plus facile et la plus sûre. La température axillaire, pour offrir des garanties, exige, en effet, de quinze à vingt minutes : il faut veiller à ce que le bras soit bien appliqué contre le thorax et que le thermomètre reste bien en place, conditions difficiles à réaliser complètement chez les malades ordinaires et, à plus forte raison, chez les enfants et surtout les idiots.

reprises n'a jamais dépassé 37° et a été en général au-dessous de ce chiffre, c'est ce que montre le petit tracé qui figure à droite de la PLANCHE I. — Le *poids*, relevé tous les six mois depuis l'entrée du malade, a offert la progression suivante :

1890		1891		1892		1893		1894		1895
Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	Janv.	Juill.	1er mai, premier jour du traitement.
24.800	25	24.900	25	27.200	28	28.100	28.800	28.600	26.700	29

La *taille* du malade a subi les modifications indiquées dans le tableau ci-après :

	1890		1891		1892		1893		1894		1895
	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Janv.
Taille. . . .	0,915	0,915	0,915	0,915	0,915	0,918	0,920	0,930	0,940	0,940	0,940

Le *traitement* a commencé le 31 mai 1895. Nous avons administré un demi-lobe de *glande thyroïde* du *mouton*, coupé en petits fragments, dans du bouillon chaud. Voici un résumé succinct des phénomènes observés :

3 *juin*. — Les paupières sont un peu dégonflées; les mouvements sont toujours lents; la parole, le caractère et la voix n'ont pas changé.

4 *juin*. — Deb... pleure parce qu'il éprouve des douleurs dans le ventre et les reins.

5 *juin*. — Les douleurs ont disparu. Les paupières sont encore un peu plus dégonflées, le malade maigrit. Nous donnons un lobe.

7 *juin*. — Amaigrissement notable (2 kg. 300). Apparition de la fièvre (38°,4) ; pouls : 100 ; battements du cœur réguliers.

8 *juin*. — En raison de l'amaigrissement rapide et d'une température de 38°, le malade ne prend qu'un demi-lobe. Rien dans les urines. Pouls : 120.

9 *juin*. — Tremblement généralisé, sueurs abondantes au visage. Pouls : 120, régulier. Etat lypothymique. Pas de glande.

10 *juin*. — Demi-lobe. Pouls : 120. Vers 2 heures de l'après-midi,

tremblement, faiblesse et sueurs. Deb... marche difficilement. Sueurs dans la nuit. Urines de vingt-quatre heures : 750 grammes.

11 *juin.* — Pas de glande. Pouls : 120. Haleine fétide, douleur au niveau de l'estomac. Urine : 650 grammes. Le visage est beaucoup moins gonflé, les yeux sont plus ouverts. Erythème des aines dû aux poussées sudorales.

12 *juin.* — Tremblement de tout le corps sans sueurs, affaiblissement, persistance des douleurs stomacales. Urine : 500 grammes.

13 *juin.* — Dans la nuit, vomissements alimentaires. La faiblesse des jambes est moins prononcée. Le médicament est suspendu jusqu'au 5 juillet. L'érythème inguinal a disparu.

14 *juin.* — Tremblement des jambes qui oblige de maintenir le malade au lit, pour éviter le retour des faiblesses qui le prennent dès qu'il se lève. Douleurs abdominales, diminution des tumeurs graisseuses du cou. Urine : 400 grammes. Potion de Tood et caféine.

15 *juin.* — Agitation pendant la nuit : le malade s'est levé sur son lit et voulait battre la veilleuse. Ce matin, il ne se rappelle point ce qui s'est passé. — Urine : 500 grammes. L'appétit est toujours médiocre et le malade se nourrit surtout de lait.

Fig. 2.

17 *juin.* — Le tremblement a diminué, les douleurs ont disparu, la température descend à 37°; le poids n'est plus que de 24 kg. 100. La peau devient moite. Pouls : 120.

20 *juin.* — La langue est moins épaisse, la prononciation est meilleure; les lèvres sont moins violacées; la marche, qui d'habitude était lente et pesante, semble devenir plus rapide.

21 *juin.* — Le malade assiste au concert des frères Lionnet et

le soir, sans autre cause appréciable, la température s'élève à 38°.

Durant la suspension du traitement, le poids qui s'était abaissé jusqu'à 24 kg. 100, est remonté à 25 kg. 050. Les urines se maintiennent aux environs de 500 grammes. Jamais elles n'ont contenu de l'albumine ou du sucre.

5 *juillet.* — Reprise du traitement (demi-lobe). Deb... se met en

Fig. 3.

Fig. 4.

colère, ce qu'on n'avait jamais vu et casse sa pipe parce que l'infirmier examinait ses poches. Le pouls est descendu à 60.

6 *juillet.* — Urine : 500 grammes. Pouls : 60.

7 *juillet.* — La température s'élève de nouveau à 37°,6. Urine : 1 litre. Pouls : 70.

8 *juillet.* — Pouls : 70; T. R. 37°,2. Urine : 525 grammes.

9 juillet. — La peau du malade reste toujours moite. Avant le traitement, chez lui comme chez les malades de cette catégorie, la peau était sèche. Les croûtes du cuir chevelu ont complètement disparu. On observe une desquamation de la peau des mains et

Fig. 5.
Deb... en septembre 1895.

des pieds. Deb... taquine les infirmiers, par exemple cache leur casquette; jamais on n'avait noté autant de spontanéité. Diarrhée, douleurs du ventre et du dos, affaiblissement des jambes. Pouls : 120. *Matin :* T. R. 37°,4. — *Soir :* 38°.

11 juillet. — Pouls petit : 130; T. R. 37°,4. Urine hier : 750, aujourd'hui 500 grammes.

12 *juillet.* — La diarrhée a disparu, la faiblesse des jambes est moindre. Pouls : 120. Urine : 500 grammes.

13 *juillet.* — Depuis hier soir, coliques, diarrhée, courbature générale. Le malade est affaissé, n'a pas d'appétit. Urine : 500 gram-

Fig. 6.

Deb... en septembre 1895.

mes. Pas de glande. La desquamation de la peau des mains et des pieds continue. Pouls : 120. Urine : 500 grammes.

14 *juillet.* — Demi-lobe. Pouls : 120. Urine : 260 grammes (?).

15 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. La peau est moite.

16 *juillet.* — Demi-lobe. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. Quelques coliques.

17 *juillet.* — Pas de glande. Pouls : 120. Urine : 500 grammes. Coliques, sueurs.

18 *juillet.* — Depuis hier soir, prolapsus du bourrelet hémorroïdaire. Pouls : 100. Sueurs, faiblesse générale. Urine : 560 grammes. — Potion : bismuth, bétol, laudanum. — On supprime la glande thyroïde.

19 *juillet.* — Le bourrelet hémorroïdaire est réduit et la diarrhée a cessé. Pouls : 84.

20 *juillet.* — La physionomie exprime la fatigue. Le poids qui avait augmenté, ainsi que nous l'avons vu, durant la période de suspension du traitement sans revenir toutefois au chiffre primitif, a notablement diminué depuis la reprise du traitement, car il est descendu à 22 kg. 500; aussi l'amaigrissement est-il évident : non seulement les pseudo-lipomes ont diminué, mais le ventre est devenu beaucoup moins volumineux : tandis qu'il mesurait au niveau de l'ombilic 0 m. 740, il ne mesure plus que 0 m. 67. La peau des mains demeure moite et devient souple; les ongles poussent bien plus rapidement et sont plus brillants. Les mouvements sont plus vifs, la parole est moins lente, le malade est moins engourdi. Pouls : 90. Urine : 500 grammes.

28 *juillet.* — Bien que la médication soit suspendue depuis le 18 juillet, le poids a continué de baisser (22 kg. 300). Les *figures* 5 et 6 comparées aux *figures* 2, 3 et 4 permettent d'apprécier les changements de la physionomie et l'amaigrissement général.

[Depuis notre communication, nous avons repris le traitement à la date du 13 août, le malade ayant gagné 500 grammes et la température descendant à 37° et au-dessous, ainsi que cela existait avant tout traitement. Nous lui avons fait prendre un lobe tous les deux jours jusqu'à la date du 30 septembre : les mouvements et la parole sont plus vifs, l'intelligence est un peu plus éveillée; D... n'a plus éprouvé aucun malaise et, depuis le 11 septembre, sa température n'est jamais descendue au-dessous de 37°. Le poids, après avoir diminué du 16 août (22 kg. 800) jusqu'au 7 septembre (22 kg. 450), est remonté à 22 kg. 800 (17 septembre) et s'est maintenu à ce chiffre (28 septembre).

Voix. — Nous avons fait examiner le malade au point de vue de la voix par M. Sutter, professeur de chant de notre service. Voici la copie de la note qu'il nous a remise : « Avant le traitement, Jules Debarg... n'avait qu'une étendue très faible, correspondant à 2°, depuis la dernière observation l'enfant a gagné 4°.]

Observation II. — Idiotie myxœdémateuse

Père, fièvres intermittentes. — Grand-père paternel, apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Cousine germaine

paralysie consécutive à des convulsions. — Cousine germaine sujette à des attaques. — Grand-père maternel, apoplectique. — Grand'mère maternelle, excès de boisson. — Oncle maternel, probablement apoplectique. — Tante maternelle, aliénée. — Consanguinité. — Un frère mort de convulsions, un autre idiot et épileptique; un troisième a eu des convulsions.

Accouchement à dix mois (?). — A la naissance, fontanelle antérieure très large. — Hernie ombilicale. — Premières dents à sept mois. — A deux ans chute sur la face, écrasement du nez et fracture du maxillaire supérieur. — Ozène consécutive. — Développement de la cachexie pachydermique. — Rachitisme. — Absence probable de la glande thyroïde. — Malformation de l'un des orteils. — Dentition.

1890. *Greffe d'une glande thyroïde du mouton dans la cavité péritonéale* (Lannelongue).

1893-1894. *Julep avec extrait de glande thyroïde et injections sous-cutanées de liquide thyroïdien : résultats négatifs.*

1895. *Ingestion stomacale de glande thyroïde : élévation de la température; — diminution de poids; — phénomènes divers dus au traitement (modifications de la voix, augmentation de la taille, etc.). — Amélioration.*

Wathi... (Augustine), née à Paris le 7 décembre 1875, est entrée à la fondation Vallée, dans notre service, le 7 juin 1890.

L'observation de cette malade figure dans la communication que nous avons faite le 14 août 1878 à l'*Association française pour l'avancement des sciences*. Elle a été reproduite dans le *Progrès Médical* (1890, p. 3) et dans notre *Compte rendu* de Bicêtre pour l'année 1889 (p. 57). Les *figures* 7, 8, 9 et 10 donnent une idée de sa situation à l'âge de onze ans et demi et de quatorze ans. Le tableau ci-après permet d'avoir une idée de son développement physique.

	1892		1893		1894		1895
	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.	Juil.	Jan.
Poids	18 k.	18 k.	18 k.	18 k.	19,500	19,500	21 k.
Taille	0m,88	0m,88	0m,88	0m,88	0m,88	0m,88	0m,88

1895. *Traitement par l'ingestion de glande thyroïde.* — Ce traitement a été commencé le 31 mai. Un demi-lobe de corps thyroïde. Poids : 21 kg.500. Le tracé n° 2 montre les modifications survenues dans la température (*ligne rouge*), dans le poids pris chaque semaine (*ligne bleue*) et les doses de glande thyroïde qui ont été

ingérées (*rectangles* et *carrés verts*). Aussi nous bornerons-nous à relever les principaux phénomènes observés depuis le 31 mai jusqu'au 30 septembre. La température rectale, notée à différentes époques, avant le traitement, était toujours inférieure à 37° et ne

Fig. 7.
Wat... en 1887 (onze ans et demi).

dépassait pas 36°,6 ; le septième jour du traitement elle atteint 37° et le neuvième jour elle monte à 38°.

12 *juin.*— Amaigrissement ; paupières moins gonflées (diminution de poids de 2 kilogrammes) ; quelques secousses dans les membres.

13 *juin.* — Tremblement presque continuel des membres supérieurs.

14 *juin.* — Persistance du tremblement. Diminution de l'appétit.

16 *juin*. — La perte de poids est de 2 kg. 500. Wathi... paraît plus agile ; elle a moins de répugnance au mouvement et essaie, ce qu'on ne lui avait jamais vu faire auparavant, de courir avec ses camarades.

25 *juin*. — L'agilité semble augmenter : W... tourne maintenant

Fig. 8.
Wa... à quatorze ans (mai 1889).

facilement sa tête. Les masses graisseuses situées à la nuque et sur les côtés du cou ont diminué, la parole est plus nette.

12 *juillet*. — Les mains et les pieds font peau neuve, les ongles poussent bien, les cheveux restent raides, le teint est moins jaune. Wathi... est très gaie, moins timide, répond avec plus d'aplomb.

20 *juillet*. — Contrairement à ses anciennes habitudes, Wathi...

ne reste pas toujours assise; elle aime au contraire à marcher et essaie de courir; elle devient espiègle et fait des niches aux autres enfants. Il y a quelques jours, elle a voulu jouer à cache-cache avec ses camarades.

29 *juillet.* — Wathi... n'est plus aussi timide, elle a plus de

Fig. 9.
Wa... à quatorze ans (mai 1889).

spontanéité et plus d'agilité. Elle se cache derrière les portes avec un petit bâton à la main dont elle donne un coup à chaque enfant qui passe. Prise sur le fait, elle prétend que ce n'est pas elle et désigne une fillette quelconque en disant : « Tiens, c'est elle. » Elle tire les robes des infirmières ou les rubans de leur bonnet et rit

bruyamment. La desquamation des mains et des pieds continue.

30 *septembre.* — Durant presque tout ce mois, la température est demeurée au-dessus de 37°. La physionomie est plus éveillée; les masses lipomateuses des joues ont diminué ; le teint n'est plus aussi terreux et se rapproche du teint naturel. L'ozène dont elle

Fig. 10.
Wa... à quatorze ans (mai 1889).

est atteinte s'est améliorée, l'écoulement nasal a diminué et l'odeur est de moins en moins fétide.

Depuis quelque temps, le teint n'est plus du tout terreux ; les paupières considérablement dégonflées, laissent bien voir les globes oculaires, les lèvres sont rosées, les cheveux sont devenus beau-

coup moins secs au toucher, le cuir chevelu est tout à fait sain et la malade n'a pas eu cette année les poussées eczémateuses qu'elle a d'habitude. La fontanelle persiste et on sent une dépression qui peut être évaluée à deux centimètres dans tous les sens avec une sorte de fissure transversale des deux côtés. Toutes les masses lipo-

Fig. 11.
Wa... en septembre 1895.

mateuses ont considérablement diminué. Aucune modification des seins ni de la vulve, le corps tout entier est glabre. — Les mains et les pieds n'ont plus l'aspect pachydermique, il ne semble plus y avoir de dépôt graisseux exagéré entre la peau et les muscles.

Modifications de la voix. — Depuis le traitement la voix est devenue bien plus claire et a gagné en étendue. L'enfant qui, le 14 juin,

n'avait qu'une étendue de six notes, avait, le 24 juillet, un timbre de voix plus sonore et d'une étendue de sept notes.

Taille. — La taille, qui était de 882 millimètres le 31 mai, était de 905 millimètres le 17 août, et de 92 centimètres à la fin de septembre. — Le *pouls* n'a pas dépassé quatre-vingt-seize pulsations.

Fig. 12.
Wa... en septembre 1895.

— Les *figures* 11 et 12, comparées aux *figures* 8 et 9, donnent une idée assez exacte de l'amélioration obtenue.

Observation III. — Idiotie myxœdémateuse.

Enfant naturelle. — Père sobre, caractère sournois; renseignements insuffisants sur lui, et nuls sur toute sa famille. — Mère, rien de

particulier. — Grand-père maternel, excès de boisson, mort d'apoplexie. — Oncle maternel, mort de convulsions. — Petit cousin, pieds bots. — Pas de consanguinité. — Egalité d'âge entre le père et la mère.

Grossesse : émotion vive au quatrième mois. — A la naissance, bonne santé apparente. — Aucun renseignement précis sur l'enfant jusqu'à son admission. — Dentition imparfaite et en retard. — Encore malpropre à l'entrée. — Ne marche pas seule. — Premiers mots à deux ans. — Affectivité nulle.

1894. *Prolapsus du rectum. — Vaccinée avec succès.*

1895. *Ingestion de glande thyroïde du mouton. — Résumé des phénomènes dus au traitement. — Amélioration très remarquable.*

Gangl... Marie, née à Nancy, le 6 mai 1881, est entrée le 10 août 1894 à la Fondation Vallée.

Renseignements fournis par la mère de l'enfant (le 6 septembre 1894).

La malade est une enfant naturelle. — *Père*, valet de chambre, a eu des rapports avec la mère de G... pendant deux ans, très sobre, fumeur, caractère sournois, grand, vigoureux ; aucune maladie de peau, nez aquilin, cheveux châtain foncé. Il était soldat du train et ordonnance du général X... à Nancy quand il a fait connaissance de la mère de la malade, domestique dans une maison que fréquentait son général. Il a abandonné sa maîtresse, à qui il avait promis le mariage, trois mois après la naissance de l'enfant. — Aucun renseignement sur sa famille.

Mère, trente-six ans, autrefois domestique, maintenant concierge. Pas de convulsions de l'enfance, pas de migraines, tempérament assez nerveux, sans crises ; physionomie régulière, cheveux châtain foncé, nez aquilin, pas de maladie de peau ni de syphilis. Bien qu'elle se soit mariée il y a dix ans elle n'a pas eu d'enfant.

Son *père*, menuisier, buvait la « goutte » tous les matins et quelquefois dans la journée, il est mort d'une attaque d' *apoplexie* en une heure. Sa *mère* est morte « asthmatique » ; elle n'était ni nerveuse, ni migraineuse. — Elle a eu cinq *frères* ou *sœurs*. Ses deux frères sont morts l'un peu après l'accouchement, l'autre de *convulsions* à trois ans. — Ses trois sœurs seraient bien portantes ainsi que leurs enfants. — Les *grands parents paternels* et *maternels* sont morts vieux, sans accidents nerveux. — Dans le reste de la famille, pas d'autre cas d'apoplexie, pas d'idiots, de goitreux, de bègues, de sourds-muets, etc. — Un *cousin maternel* issu de germain a les *pieds tournés*.

Pas de consanguinité : le père est du département de la Seine ; — la mère est de Saint-Avold près Metz où il y a des goitreux. — Egalité d'âge.

Notre malade. — Bien portants tous deux à la *conception*. *Gros-*

sesse : au quatrième mois elle a eu une émotion vive occasionnée par un incendie dans la maison de sa tante où elle était allée passer quelques jours ; elle prétend avoir été très effrayée, ne pas s'être trouvée mal, mais avoir été prise d'un fort tremblement qui aurait duré une demi-heure : « Je tremblais si fort, que je ne pouvais rester assise. » La nuit suivante, elle aurait dormi tranquillement et, depuis, elle n'aurait plus pensé à l'incendie. Ce n'est qu'un mois après qu'elle a senti remuer son enfant : « elle n'a jamais remué beaucoup. » Ni envie d'alcool, ni coup, ni chutes, pas de vomissements ; ni syncopes, ni constriction du ventre. Elle a fait connaître son état de grossesse à ses patrons et, comme le soldat lui avait promis le mariage, on la garda. Elle entra six semaines avant terme dans unasile de Nancy. *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, présentation de la tête ; elle a eu des petites douleurs pendant deux jours et de fortes douleurs pendant deux heures. Son ventre était gros, mais elle dit avoir perdu plus de sang que d'eau. — *A la naissance* pas d'asphyxie, pas de cordon autour du cou, l'enfant a crié de suite. — Elevée au sein par sa mère durant un mois, puis placée chez une soigneuse d'enfants (nourrie au lait de vache). Elle l'a visitée tous les mois pendant un an. A cette époque, peu avant son départ pour Paris, ayant su que la gardeuse donnait à son enfant de l'eau de pavot dans son lait et lui faisait prendre des trempettes à l'eau-de-vie, elle l'a reprise et placée chez sa tante paternelle (grand'tante de l'enfant). Alors elle n'avait que deux dents, était petite, ne marchait pas, ne prononçait aucun mot, avait la peau blanche et non cireuse. Elle aurait été bien soignée chez sa tante qui aurait continué longtemps l'alimentation lactée. — Sa grand'tante étant morte « de vieillesse » (soixante-quinze ans), sans accidents nerveux, l'enfant a été ramenée à Paris par une de ses tantes maternelles chez laquelle elle est restée huit jours avant d'être placée à la Fondation. Elle a remarqué que son enfant ne marchait pas seule, qu'elle était très coléreuse, sujette à la constipation. On ne lui a pas dit qu'elle ait jamais eu de chute du rectum. Elle avait déclaré que l'enfant était propre, cependant il lui est arrivé de gâter dès les premiers jours de son arrivée. Comme maladie antérieure, on a signalé une bronchite en 1892.

Etat actuel (août 1894). — La malade présente tous les caractères de l'idotie avec cachexie pachydermique.

Tête symétrique, assez grosse, de forme rectangulaire ; le front est bombé sur une assez grande largeur, les bosses frontales sont assez développées, la droite plus que la gauche. Les bosses pariétales sont peu saillantes de même que l'occipitale. La *fontanelle antérieure* n'est pas complètement fermée : elle a environ 3 centimètres d'avant en arrière et 4 centimètres transversalement. —

Le cuir chevelu est assez épais. Les cheveux sont châtains et peu abondants surtout au niveau des tempes : ils sont assez longs et assez fins et plus doux au toucher que chez les autres enfants myxœdémateux. Au voisinage du front et des tempes, ils ont une coloration plus claire. Pas d'éruption eczémateuse. Le visage a une forme rectangulaire il est plus large au niveau des joues et aplati à son extrémité. — Les arcades sourcilières sont peu saillantes et il existe au-dessus d'elles une dépression assez prononcée à droite, très prononcée à gauche. Les sourcils sont irrégulièrement implantés, les poils peu nombreux au niveau de la tête des sourcils sont plus fournis vers la queue. Les paupières supérieures sont gonflées, surtout sur la gauche. Les cils sont longs, réguliers et agglutinés par une sécrétion jaunâtre, ceux de la paupière inférieure sont plus rares et plus courts ; les fentes palpébrales sont peu ouvertes. Les yeux sont mobiles dans toutes les directions sans aucune lésion. Les iris ont une couleur d'un gris bleuté, les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à la distance. — Le nez est épaté, large, effondré (nez camus)[1] ; les narines sont larges la racine du nez est tout à fait déprimée. La bouche est grande, presque constamment ouverte, cependant la langue ne pend pas et la salive ne s'écoule pas au dehors; les lèvres sont épaisses, l'inférieure est pendante.

Etat des maxillaires et de la dentition. — Les maxillaires sont marqués de prognathisme alvéolaire. Le maxillaire supérieur présente en particulier un abaissement très marqué de la voûte palatine, semblant indiquer un état pathologique des fosses nasales postérieures.

La courbe alvéolaire offre à chaque maxillaire un grand développement, ce qui détermine l'évolution défectueuse des dents permanentes.

Les bords alvéolaires sont recouverts, surtout au niveau du maxillaire inférieur, par un chaos de dents temporaires et permanentes chevauchant dans toutes les directions. La plupart des dents temporaires, à ce maxillaire, sont encore en place soit entières avec leur couronne, soit privées de celle-ci. Les dents permanentes ou de remplacement ont fait éruption en avant ou en arrière de l'alignement des premières.

Les dents permanentes sont de volume et de constitution normaux. Les dents temporaires étaient plutôt réduites de volume.

En résumé : 1° anomalie des maxillaires et de la voûte palatine; 2° anomalie des dents temporaires; 3° anomalie d'éruption de la

[1] C'est pour montrer la différence de forme du nez de la malade de celle du nez de ses père et mère que nous avons mentionné, détail qui a pu paraître insignifiant mais qui a, au contraire, sa valeur, que ceux-ci avaient le *nez aquilin*.

deuxième dentition (anomalie de siège) avec anomalie de nombreuses dents temporaires[1].

La voûte palatine est large, peu profonde, les amygdales ne sont pas volumineuses, la luette est longue. — Le menton, court et large, se continue insensiblement avec les joues, celles-ci sont larges, tremblotantes, épaissies par l'infiltration graisseuse. — — Les *oreilles*, peu écartées de la tête, sont bien ourlées, le lobule est nettement dessiné, légèrement arrondi et à moitié libre.

Le *cou* est court; sa circonférence est de 25 centimètres; on sent très bien les cartilages cricoïde et thyroïde et au-dessous les anneaux de la trachée, *mais on ne trouve pas de traces de la glande thyroïde*.

Thorax. — Il est assez développé, un peu étroit transversalement, large d'avant en arrière; sa circonférence, prise à 2 centimètres au-dessous des mamelons, est de 53 centimètres. On note une légère dépression de la région sternale; il n'y a pas de chapelet rachitique. Le dos est arrondi, les épaules sont peu saillantes.

La *colonne vertébrale* forme une saillie notablement exagérée au niveau de la partie inférieure du cou et de la partie supérieure du dos; il existe également une légère convexité à gauche des vertèbres dorsales. L'ensellure est assez accusée mais n'est pas aussi exagérée que chez les autres idiots myxœdémateux. L'épaule gauche est un peu affaissée et la droite relevée. — La percussion et l'auscultation ne décèlent rien d'anormal dans les *poumons* et le *cœur*.

L'*abdomen* est volumineux, saillant, proéminent. L'ombilic forme une petite saillie. Les fesses, par rapport au volume exagéré du ventre, semblent petites.

Les *glandes mammaires* ne sont pas perceptibles, l'aréole est pâle et a près d'un centimètre de diamètre. Toute la région pectorale est infiltrée de graisse.

Organes génitaux et puberté. — Le pénil est glabre, moyennement adipeux, saillant. Les grandes lèvres sont assez volumineuses; les petites lèvres triangulaires. Fourchette assez développée, fosse naviculaire profonde, orifice hyménéal circulaire, étroit. Muqueuse vulvaire pâle; aucune sécrétion pathologique. L'anus et les aisselles sont glabres.

Les *membres* sont petits, gros, épais et relativement courts par rapport au tronc; la disproportion cependant est moins accusée chez elle que chez les malades précédents. Aux membres supérieurs, nous n'avons à noter que l'épaississement des mains.

Aux *membres inférieurs* signalons une légère incurvation à concavité interne des jambes et le rapprochement des genoux en dedans, l'épaississement de la peau des pieds et son aspect violacé.

Sur tout le corps la *peau* est pâle, jaunâtre, cireuse, principalement à la face; elle est douce au toucher et n'offre pas, quant à

[1] Note de M. le Dr Bouvet, médecin-dentiste à l'hospice de Bicêtre.

présent, de desquamation furfuracée. Pas d'hypertrophie sensible des ganglions. — La *sensibilité générale* semble légèrement obtuse, ce qui tient peut-être à l'état intellectuel de l'enfant. Elle est très sensible au froid[1].

Digestion. — Appétit médiocre, difficile dans le choix des aliments; n'aime pas le vin, préfère la soupe et les légumes. Elle se sert de la cuillère et de la fourchette mais ne peut découper la viande; la mastication est très lente et imparfaite. Pas de bave, ni de succion, ni vomissements, ni rumination; constipation habituelle. Elle gâtait presque toutes les nuits dans le commencement de son séjour (elle est devenue propre au bout de quelques semaines).

Elle *marche* assez bien, à la condition d'être toujours tenue par la main; le pas est encore mal assuré. Elle a une assez grande répugnance pour le mouvement, préfère demeurer assise.

La *physionomie* est douce, mais sans expression. L'enfant répète le nom d'un grand nombre d'objets, répond oui ou non aux questions qu'on lui adresse, mais ne fait pas de phrases. Elle paraît peu affectueuse et ne montre aucune joie quand ses parents viennent la voir, aucun chagrin lorsqu'ils s'en vont; ne s'amuse qu'avec sa poupée; elle ne sait ni s'habiller, ni se déshabiller, elle est contente lorsqu'on la nettoie. Le *caractère* est plutôt triste, elle est très susceptible, pleure à la moindre contrariété. — L'*attention* est assez difficile à fixer. — La *mémoire* paraît très bornée.

Pseudo-lipomes des aisselles et du cou.

	1894		1895
	Janv.	Juill.	Janv.
Poids	15 k.	15 k.	15k,5
Taille	0,890	0,890	0,890

Novembre. — A diverses reprises l'enfant a essayé d'aller à la garde-robe sans résultat; on l'examine et l'on constate un *prolapsus* complet du *rectum;* le bourrelet muqueux est de la grosseur d'un poing d'enfant. Réduction sous chloroforme.

20 *décembre.* — Il existe deux cicatrices anciennes de vaccin sur le bras gauche et quatre sur le droit. Revaccination. — Les six piqûres de vaccin ont bien pris. — Depuis plusieurs mois l'enfant prend du sirop d'iodure de fer, de l'huile de foie de morue et des bains salés.

1895. *Traitement par l'ingestion de glande thyroïde.* — Le traite-

[1] Pendant l'hiver 1894-1895 elle refusait de descendre et voulait rester constamment à l'infirmerie où la température était meilleure.

ment a été commencé le 31 mai. Un demi-lobe de corps thyroïde du mouton.— *Poids* : 15 kg. 500. Les modifications de la *température*, du *poids* et les *doses* de la glande ingérée sont représentées sur le tracé n° 3 en *rouge*, *bleu* et *vert*, comme sur les autres tracés. La température a commencé à s'élever le neuvième jour; elle n'a jamais dépassé 37°,9. Le treizième jour, on notait une diminution de poids de 500 grammes.

13 *juin*.— Le ventre diminue, l'enfant est maussade, pleure pour un rien, est très énervée et mange moins. Secousses dans les membres supérieurs.

14 *juin*.—Les secousses continuent dans les membres supérieurs. Inappétence, vomissements. Suspension du traitement.

16 *juin*. — Gangl... est redevenue gaie et plus qu'elle ne l'avait jamais été; elle joue plus qu'à l'ordinaire. Avant le traitement, elle marchait seule, mais très difficilement et il fallait l'exciter pour la faire marcher sans soutien. Aujourd'hui sa répugnance pour le mouvement a disparu; elle essaie de marcher spontanément; elle titube souvent et pousse un petit cri chaque fois qu'elle manque de tomber, elle recommence d'ailleurs aussitôt.

25 *juin*. — Gangl... est plus agile. Naguère elle voulait toujours demeurer au lit, maintenant elle demande à se lever; elle est toujours gaie, cherche à causer un peu avec tout le monde et fait des petites réflexions.

5 *juillet*. — Le traitement a été suspendu depuis huit jours parce qu'on a manqué de glande thyroïde; on le reprend aujourd'hui.

12 *juillet*.—Gangl... prend difficilement sa glande; il faut, pour la décider, lui donner un peu de vin, qu'elle avale aussitôt après l'ingestion. Elle est très gaie, beaucoup plus vive, elle bavarde continuellement. En classe elle est même dissipée et dissipe les autres. Elle est devenue câline; sa parole est plus nette.

25 *juillet*. — L'appétit est bon, la marche est plus assurée, la physionomie est plus éveillée, le teint est moins jaunâtre.

Septembre. — Gangl... est plus alerte, sa marche est de plus en plus ferme, elle prête plus d'attention à l'école, elle semble moins sensible au froid, elle devient joueuse.

Voix.—Avant le traitement, l'enfant avait une voix très faible comme timbre et comme étendue (quatre notes). Le 14 juin, la voix est plus sonore. Le 24 juillet l'enfant a gagné trois notes, une en bas, deux en haut (ce qui fait une étendue de sept notes).

La *peau* est blanche, sans aucun caractère myxœdémateux, les paupières sont tout à fait dégonflées ainsi que les joues; les lèvres sont rosées; la physionomie est éveillée; les cheveux sont doux au toucher, le cuir chevelu est intact. On sent encore la *fontanelle* dans une longueur d'environ trois centimètres et une largeur un peu plus grande sous une forme étoilée. A aucune époque du trai-

tement on n'a remarqué de sueur; on n'a noté qu'une très légère desquamation.

Sa *taille*, qui était de $0^m,89$ avant le traitement, est maintenant de $0^m,95$.

Les *symptômes* dus au médicament se sont succédés ainsi : dégonflement des paupières, amaigrissement, élévation de la température rectale qui, au lieu de rester au-dessous de 37° ainsi que cela est la règle chez les idiots myxœdémateux, monte à 38° et au-dessus, tremblement, faiblesses lypothymiques, sueurs profuses remplaçant la sécheresse habituelle de la peau; affaiblissement des jambes, augmentation du tremblement, tachycardie, vomissements, agitation, excitation, diminution du volume de la langue et de la coloration violacée des lèvres, poussée plus rapide des ongles, disparition des croûtes de la tête, desquamation des mains et des pieds qui perdent leurs caractères pachydermiques, coloration de plus en plus naturelle de la peau qui perd sa teinte jaune de cire, diarrhée au lieu de constipation. Tous les mouvements s'assouplissent : la préhension est moins lente; la marche plus légère et plus rapide. La *taille* se développe; la sensibilité au froid diminue.

Au point de vue *intellectuel*, nous avons à relever l'excitation, les accès de colère inhabituels se substituant à la torpeur, davantage de spontanéité. L'hébétude disparaît, la physionomie est plus éveillée, plus expressive et traduit les émotions qui, jusqu'alors, ne se manifestaient par aucun changement sur un masque toujours impassible. L'aptitude au travail scolaire augmente.

Nous avons fait faire toutes les semaines la *photo-*

graphie, en groupe, de ces trois malades, *nus*. Ces photographies, que nous faisons passer sous vos yeux, mettent en parfaite évidence les heureuses modifications produites par le traitement.

Les *tracés* résument bien les changements survenus

Fig. 13.
Les trois malades au milieu de juin 1895.

dans la *température* et dans le *poids* des malades. La température s'élève et dépasse la normale sous l'influence du traitement, s'abaisse et tend à revenir à son degré antérieur, c'est-à-dire au-dessous de la normale, pendant les suspensions du traitement. Le poids di-

minue durant l'administration de la glande thyroïde et augmente durant les suspensions.

Tous les symptômes, en particulier la *diminution de poids*, l'*élévation de la température*, les accidents nerveux, la tachycardie, etc., et partant la nécessité de la suppres-

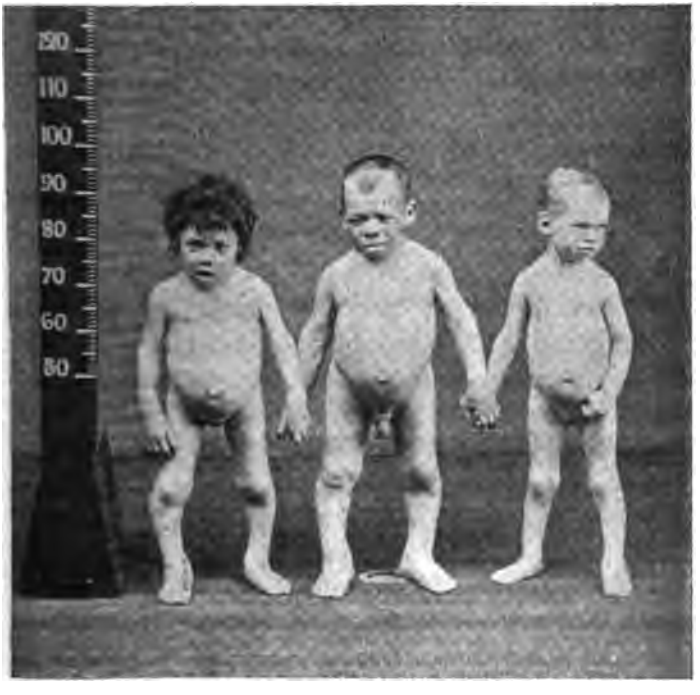

Fig. 14.
Les trois malades fin septembre 1895.

sion momentanée du médicament, ont été très accusés chez le malade de trente ans (Obs. I), moins prononcée chez celle de vingt ans (Obs. II) et encore moins chez elle de quatorze ans (Obs. III). — La *dose* a varié d'un demi-lobe à un lobe de *glande thyroïde du mouton*.

L'action de la glande, dans ces cas, est indiscutable, et, en raison de l'effet produit, il convient de surveiller son emploi avec soin, afin d'éviter des accidents qui pourraient devenir mortels.

Nous avons insisté naguère sur le rôle important que, selon nous, jouait la glande thyroïde sur la nutrition de l'organisme[1], en particulier du *cerveau* (d'où l'idiotie), sur le *système osseux* (d'où le *nanisme*, la persistance de la *fontanelle antérieure*, la déformation des os des membres, l'état particulier des os[2], etc.), sur le *système cutané*, enfin sur la génération (absence de puberté, etc.). Ces idées sont confirmées par les phénomènes obervés chez nos trois malades, surtout les deux dernières, qui ont éprouvé une véritable transformation : l'accroissement de la taille en fournit la démonstration péremptoire[3].

MÉDECINE LÉGALE.

ATAXIE LOCOMOTRICE ET FOLIE SIMULÉES.

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL;

Par MM. Paul GARNIER et Charles VALLON,
Experts près les Tribunaux.

Delannoy, qui est âgé de 53 ans, est inculpé d'abus de confiance et de vol; son histoire est des plus curieuses.

[1] *Compte rendu du service des enfants de Bicêtre*, pour 1889, t. X, p. 106, etc.

[2] *Ibid.*, 1891, t. XII; p. 34.

[3] Ce travail a été communiqué au *Congrès des aliénistes et des neurologistes* de Bordeaux au mois d'août dernier.

De sa famille nous ne savons rien ; sur son enfance et son adolescence nous ne possédons non plus aucun renseignement précis. De 1877 à 1881, Delannoy est infirmier dans divers établissements hospitaliers de Paris; de 1883 à 1889 il passe encore la plus grande partie de son temps dans les hôpitaux, mais non plus comme infirmier, il est devenu malade, il est *ataxique*, ou soi-disant ataxique. Le 17 août 1889, il part de Paris avec le pèlerinage national pour arriver le 19 à Lourdes ; le lendemain, dès sa première visite à la grotte, il est guéri de son ataxie. Le Dr de Saint-Maclou[1] a rendu compte de ce fait extraordinaire de la façon suivante :

« La guérison de Pierre Delannoy, qui s'est opérée à Lourdes, le 20 août 1889, au milieu d'une foule innombrable, est la plus prodigieuse peut-être qu'ait vue l'année 1889. Atteint d'*ataxie locomotrice progressive*, dont le diagnostic avait été établi par nombre de sommités médicales et qui se montrait rebelle à tous les remèdes, Pierre Delannoy est venu il y a six mois à la grotte de Masabielle et là, pieusement prosterné devant le Très-Saint Sacrement, il a fait cette simple prière : « Notre-Dame de Lourdes, guérissez-moi s'il vous « plaît et si vous le jugez nécessaire. » Puis il s'est relevé complètement guéri. »

Le Dr R. Petit, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur à l'école de médecine de Rennes, a publié en détail dans les *Annales de Lourdes*[2], l'observation de cette guérison, sous ce titre : *Ataxie locomotrice, datant de six années guérie subitement à Lourdes.* Delannoy a eu aussi les honneurs du roman, son cas est cité dans le livre de Zola, *Lourdes.*

A la suite de sa guérison, Delannoy resta pendant quelque temps comme jardinier chez les Pères missionnaires ; puis un beau soir il disparut subitement sans même prendre la peine de réclamer les gages qui lui étaient dus. Le lendemain on constata que 600 francs avaient été dérobés dans un chalet dont Delannoy avait la garde.

Du 25 septembre 1891 au 24 décembre 1893, Delannoy a été placé quatre fois à l'Asile clinique (Sainte-Anne), comme aliéné. Pendant son dernier séjour il y aidait aux travaux de ménage, chez le pharmacien de l'établissement, M. Quesne-

[1] Dr de Saint-Maclou. — *Les impiétés de Renan.* (Annales de Notre-Dame de Lourdes, 28 février 1890, p. 302.)

[2] *Annales de Lourdes*, novembre-décembre 1889, janvier 1890.

ville. Le 23 décembre 1893, il demande au Dr Dubuisson une permission sous prétexte d'aller chercher du travail en ville, de façon à s'assurer des moyens d'existence pour le jour de sa sortie définitive. Le lendemain matin de bonne heure il quitte l'asile emportant dix-huit cent francs et divers objets de valeur soustraits au pharmacien chez lequel il était occupé.

A cette occasion, le Dr Dubuisson, médecin de l'Asile Clinique, dans le service duquel se trouvait Delannoy, fut invité à rédiger un rapport médical dont voici les conclusions[1] :

« Tout porte à penser que, dès sa première séquestration, Delannoy n'a été qu'un simulateur et, en admettant même qu'il ait présenté au moment de ses différentes entrées quelques légers troubles mentaux dus à l'alcoolisme, il en serait de lui comme de tous les autres alcooliques que nous gardons souvent longtemps après leur guérison, dans le but de les déshabituer de l'alcool, et qui, du jour où ils sont guéris, deviennent, quoique séquestrés, tout aussi responsables de leurs actes que les personnes en liberté. » (27 décembre 1893.)

La première fois que nous voyons Delannoy, à Mazas, il simule les troubles de la marche que l'on observe chez les individus atteints de la maladie de la moelle épinière, connue sous le nom de tabes ou d'ataxie locomotrice. La simulation est grossière. L'ataxique, quand il fait des mouvements, dépasse le but ou ne l'atteint pas, aussi, quand il marche, a-t-il continuellement les yeux fixés sur ses pieds pour en régler la direction; Delannoy marche le nez en l'air regardant de droite et de gauche. L'ataxique a une marche caractéristique, il lance ses jambes en avant et en dehors, Delannoy fait aller ses jambes de tous côtés, il gigote et titube comme un homme ivre. Dans l'ataxie locomotrice il y a habituellement disparition du réflexe rotulien ; chez Delannoy, les réflexes sont normaux.

Interrogé sur les faits qui l'amènent devant la justice, Delannoy prétend n'en avoir gardé aucun souvenir et malgré nos questions pressantes il est impossible d'obtenir de lui aucun éclaircissement sur ce sujet.

Huit jours plus tard, à notre seconde visite, Delannoy marche mieux et avoue se rappeler, quoique vaguement, avoir volé M. Quesneville ; quant aux circonstances dans lesquelles

[1] Ce rapport a été publié *in extenso* dans le n° 14 du journal *La médecine scientifique*, février 1894.

il a commis le vol elles lui échappent, il avait bu la goutte, dit-il, contrairement à son habitude, et il ne savait pas ce qu'il faisait.

A notre troisième visite, Delannoy marche à peu près correctement, en sorte que si nous avions pu avoir quelque doute sur la nature des troubles locomoteurs observés chez lui, nous serions maintenant complètement édifiés à cet égard. L'ataxie locomotrice en effet a une marche progressive, elle est incurable ; Delannoy a guéri à deux reprises ; la première fois subitement à Lourdes en 1889, la seconde fois à Mazas en quelques semaines sans avoir même suivi un traitement. En même temps que la régularité dans les mouvements, Delannoy a recouvert la mémoire, mais il se plaint de *douleurs terribles ??* à la tête et à la nuque. Il nous explique que lors de nos deux premières visites il était malade et n'a pu en conséquence nous donner les renseignements que nous lui demandions, mais maintenant il est bien, il est revenu à lui, il sait que nous venons l'interroger au sujet de l'argent de M. Quesneville et il est en état de nous répondre. « Le matin nous dit-il, j'avais bu une bouteille de vin blanc, j'étais en train de faire le lit quand tout à coup l'idée de prendre de l'argent et de partir m'est venue ; il s'est passé dans ma tête quelque chose que je ne puis définir. Je n'avais plus la tête à moi, la preuve c'est que j'ai laissé le lit à moitié fait. (Delannoy insiste sur ce point qui lui paraît important.) Je me suis emparé d'un porte-monnaie et d'un petit calepin sans savoir ce que je prenais ; le soir seulement en dînant, j'ai jeté un coup d'œil sur leur contenu, mais sans compter ; après dîner je me suis amusé avec des femmes puis je suis allé coucher avec une d'elles dans une maison située près de la gare du Nord. Vers minuit un individu s'est présenté disant qu'il était chez lui et m'a fait partir, j'avais donné cinq francs à la femme ; je me suis promené toute la nuit sans savoir ce que je faisais. Le lendemain j'ai songé à compter ce qu'il y avait dans le porte-monnaie et le calepin, ils ne contenaient plus que 600 francs, il manquait un billet de 500 frans que j'avais aperçu la veille, alors j'ai cherché la maison où j'avais été avec la femme, mais je n'ai pas pu la retrouver. Je suis parti pour la fontière d'Espagne, j'ai été en différents endroits, mes ressources étant épuisées, j'ai dû revenir à pied à Paris. En arrivant je suis allé à l'Asile Clinique pour toucher mon pécule. M. Quesneville a envoyé chercher des agents et on m'a arrêté. »

Le système de défense adopté par Delannoy peut, on le voit, se résumer ainsi : quand j'ai volé chez M. Quesneville je n'avais pas la conscience de mes actes, la preuve c'est que pendant longtemps je n'ai pu me rappeler ce que j'avais fait.

Étudions d'abord la singulière perte de mémoire dont Delannoy prétend avoir été atteint. Une amnésie brusque, totale, comme celle-là ne s'observe guère qu'à la suite d'un traumatisme cérébral grave, ou d'un ictus épileptique, Or, Delannoy n'a subi aucun traumatisme ; il n'est pas épileptique : rien dans son état présent, rien dans son passé ne peut faire supposer qu'il est atteint d'épilepsie. D'ailleurs, une amnésie survenue dans ces conditions est définitive, la lacune qui existe dans la mémoire ne se comble jamais ; or, chez Delannoy, la perte de la mémoire n'a été que temporaire, le nuage qui obscurcissait une page de sa vie s'est peu à peu complètement dissipé. C'est dire que l'amnésie dont Delannoy s'est prétendu atteint n'a jamais existé, a été simulée.

Examinons maintenant cet autre point : Delannoy avait-il, comme il assure, perdu la conscience de ses actes sous l'influence de l'alcool quand il a volé ? Certainement non et la meilleure preuve c'est qu'il se souvient maintenant de toutes les circonstances du vol, il se rappelle même ce détail qu'il a laissé le lit à moitié fait. Or, qui dit mémoire d'un fait dit conscience de ce fait. Qu'est-ce en effet que la mémoire ? C'est la faculté de se rappeler un événement passé en le rapportant à l'époque où il a eu lieu. Mais comment se rappeler un événement dont on n'a pas eu conscience et qui par conséquent n'a pu se fixer dans le cerveau ? C'est impossible. Delannoy ment donc quand il prétend avoir agi inconsciemment, il ne saurait y avoir de doute à cet égard.

Quant aux troubles des mouvements présentés par Delannoy pendant trois semaines, ils ont été simulés, cela est certain. Ils ne sauraient être rapportés à aucune maladie de la moelle épinière, du cerveau ou d'un organe quelconque. Ajoutons qu'à aucun moment de sa vie Delannoy n'a présenté d'accident pouvant faire supposer qu'il est atteint d'hystérie et qu'on ne constate chez lui aucun, absolument aucun, des stigmates permanents de cette névrose.

Pour nous, Delannoy n'est atteint d'aucune maladie de la moelle épinière, d'aucune maladie mentale ; nous estimons que le vol dont il est inculpé ne saurait être mis sur le compte

d'un trouble cérébral quelconque, car il ne présente en rien les caractères d'un acte pathologique.

Quant aux accès d'aliénation mentale présentés autrefois par Delannoy ont-ils été réels ou au contraire simulés ? Nous ne saurions, on le conçoit, nous prononcer sur une période de l'existence de Delannoy qui n'a pas été soumise à notre observation, nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer que le fait pour Delannoy d'avoir simulé devant nous l'ataxie locomotrice et des troubles intellectuels permet d'avoir au moins des doutes sur la réalité des maladies mentales notées chez lui antérieurement. Aussi sommes-nous tout disposés à partager à cet égard la manière de voir de notre confrère, le Dr Dubuisson.

En résumé, nous dirons pour conclure :

Delannoy n'est pas atteint d'aliénation mentale ; rien n'autorise à penser qu'il était hors de raison au moment où il a commis l'acte dont il est inculpé ; il doit donc en rendre compte à la justice.

Delannoy a comparu devant les assises de la Seine le 13 août 1895. A l'audience, il n'a pas essayé de simuler de nouveau l'ataxie locomotrice, mais il a prétendu ne se souvenir ni de sa guérison miraculeuse, ni du vol commis chez M. Quesneville. L'interrogatoire a été très court. A la plupart des questions du président, l'accusé s'est contenté de répondre : A qui pourra-t-on faire croire qu'un ignorant comme moi ait pu tromper aussi longtemps la science.

Delannoy a été condamné à quatre ans de prison.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

COMMENT DÉBUTENT LES DÉGÉNÉRESCENCES SPINALES ;

Par le Dr M. KLIPPEL.
Chef de laboratoire de la Faculté de médecine.
(Clinique du professeur Joffroy.)

La question du début des dégénérescences dans la moelle comporte deux points de vue : le premier est relatif à la topo-

graphie. Il aurait pour conclusion la systématisation des lésions, leur évolution dans une région définie, leur développement suivant une loi physiologique et embryologique. Le second est relatif à l'évolution histologique de la lésion dont l'élément nerveux est le siège, prise dans les premières phases d'un processus pathologique qui se poursuit. Dans ce cas peu importe le faisceau et la localisation; le tube nerveux est le même partout. C'est ce second point seulement qui fera l'objet des lignes suivantes.

Nous savons très bien comment se termine le processus dégénératif : il aboutit à la destruction de l'élément noble qui est remplacé par un tissu nouveau qui, tantôt est une infiltration séreuse, tantôt une prolifération névrologique et qui dans les deux cas porte, peut-être à tort, le même nom, celui de sclérose. Par contre, il est assez rare qu'on ait l'occasion d'observer dès leur début des lésions spinales qui évoluent sur le mode chronique. Et même lorsque les malades ont présenté depuis peu de temps des signes cliniques et qu'ils viennent à succomber à une affection intercurrente aiguë, est-on en droit d'affirmer absolument que la lésion actuelle est tout à fait récente? Non, car il y a des raisons de croire que le processus anatomique a débuté à une époque antérieure à l'apparition des symptômes. C'est ainsi qu'on peut rencontrer les altérations spinales que nous allons décrire chez des sujets n'ayant présenté aucun signe clinique.

Nous avons déjà eu l'occasion d'étudier cette lésion qui marque le début des dégénérescences les plus communes, dans une courte note[1]; nous y revenons aujourd'hui en apportant à cette étude des documents nouveaux après de nouvelles recherches.

Cette lésion initiale, observée sur les tubes nerveux, peut se résumer très brièvement de la façon suivante :

Sur des coupes transversales de la moelle épinière, se montrent disséminés parmi des fibres saines des tubes nerveux offrant les caractères suivants : *tuméfaction, augmentation notable du volume de la myéline par rapport à l'état normal et par rapport aux éléments voisins; transformation hyaline et liquéfaction de la myéline se montrant d'abord exclusivement au centre du tube nerveux, c'est-à-dire autour du cylindraxe, avec disparition sur ce point des cercles concentriques normaux;*

[1] *Congrès des Aliénistes et Neurologistes.* Clermont-Ferrand, 1894.

contournement flexueux du cylindraxe en voie d'atrophie et se présentant comme une ligne incurvée, au lieu d'apparaître comme un point central. Plus tard désintégration granuleuse et disparition de cet organe.

Ce sont là des caractères généraux. Mais suivant le degré d'évolution de cette lésion ou l'aspect du cylindre d'axe on a des types un peu particuliers. Voici la description que nous en avons donnée dans notre première publication sur ce sujet :

Le tube nerveux comprend une gaine de' myéline et un cylindraxe. Invariablement la lésion débute par le centre du tube nerveux où la myéline perd ses cercles concentriques, tandis qu'elle les conserve encore à la périphérie du tube; elle débute donc en ce qui concerne la myéline, autour du cylindraxe lui-même. Vu à un faible grossissement, avec ou sans coloration préalable, le tube nerveux est remarquablement augmenté de volume (œdème inflammatoire). Il semble hypertrophié par rapport à l'état normal et aux éléments qui l'entourent. Il ne s'agit pas, en réalité, d'une hypertrophie vraie, mais d'une tuméfaction, premier stade d'une lésion essentiellement destructive.

Avec de forts grossissements, on constate du côté de la myéline d'autres détails forts significatifs; elle devient hyaline et perd, en ce point, les cercles concentriques qu'elle offre à l'état normal; quelquefois elle se transforme en boules très fines qui donnent à cette portion centrale un aspect granuleux; la coloration par le picrocarmin, la nigrosine, etc., est toujours plus intense que dans la portion périphérique saine, mais cependant sans atteindre le degré de coloration du cylindraxe qui, par le fait, reste très visible et bien distinct des portions altérées qui l'entourent.

Mais la myéline n'est pas seule atteinte, et sitôt qu'on peut constater les lésions précédentes, on observe déjà celle du cylindraxe lui-même. Ceci paraît conforme à ce qu'on sait de la nutrition du tube nerveux pris dans son ensemble; le cylindraxe, partie essentielle du tube nerveux, ne saurait devenir le siège d'un trouble important sans que la myéline s'altère à son tour, et réciproquement. Ce qui pourrait faire admettre une lésion primitive du cylindraxe, c'est ce fait signalé plus haut, à savoir que c'est précisément au voisinage de cet organe que débute la lésion dégénérative de la myéline, sa partie centrale étant déjà liquéfiée et transformée en boules

granuleuses, tandis que sa périphérie offre encore des caractères normaux (cercles concentriques).

Mais quoi qu'il en soit du début de la lésion, soit par la portion de myéline qui confine au cylindraxe, soit par le cylindraxe lui-même, ce dernier présente des altérations des plus remarquables et qui peuvent se résumer ainsi : Le cylindraxe s'hypertrophie en même temps qu'il présente des flexuosités et qu'il se contourne de façon à offrir sur les coupes des figures tout à fait singulières.

On sait que, sur la coupe transversale d'un tube nerveux, cet organe apparaît comme un point occupant exactement le centre du manchon de myéline dont il est l'axe rectiligne. Or, ce qu'on peut voir dans le début des lésions qui nous occupent, c'est une forme tout à fait différente : sur une coupe transversale le picrocarmin ou la nigrosine font apparaître un cylindraxe en forme de virgule, ou en forme de spirale, ou en forme de cercle, ou de huit chiffre, ou d'S italique ou encore sous un aspect plus sinueux et plus irrégulier. (Voyez les *figures* ci-jointes.)

Les colorations par les réactifs habituels se font avec une intensité normale, ce qui permet de distinguer parfaitement la lésion. Cependant il arrive assez souvent que la myéline, altérée au niveau du centre, prend une coloration plus foncée qu'à l'état normal, mais cependant pas assez forte pour que celle du cylindraxe cesse de trancher nettement sur les portions environnantes.

En faisant varier la vis micrométrique, on constate facilement que toutes les parties du cylindraxe ainsi contournées, ne sont pas sur le même plan, ce qui se conçoit facilement, et ce qui permet de conclure aux figures que l'on aurait en faisant des coupes suivant la direction longitudinale.

Les bords des croissants, des virgules, des spirales, etc.,

LÉGENDE DES FIGURES. — Toutes les figures de la page ci-après représentent des tubes nerveux coupés transversalement. On y voit : 1° au centre des cylindraxes contournés en volutes, en *S* italiques, en virgules, etc., ou comme dans la *figure* 7, le cylindraxe en voie de désintégration moléculaire; 2° une zone centrale, voisine du cylindraxe altéré, où la myéline, fortement colorée, a perdu ses cercles concentriques et est hyaline et liquéfiée; 3° à la périphérie une zone, où la myéline a conservé ses cercles concentriques et n'a pas encore subi de dégénérescence.

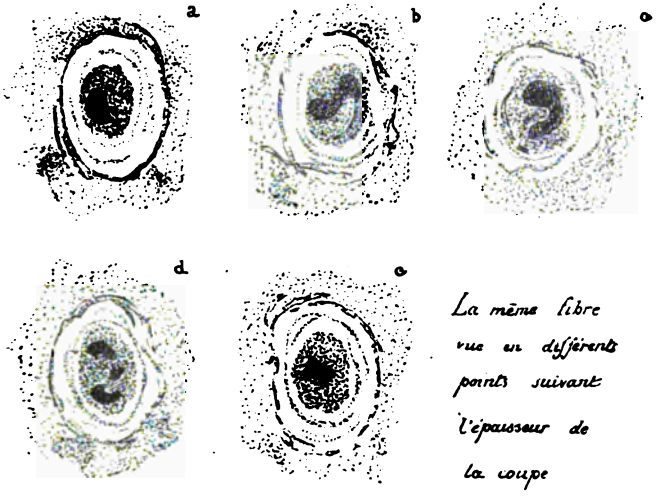

Fig. 15.

Fig. 16.

Fig. 17.

Fig. 18.

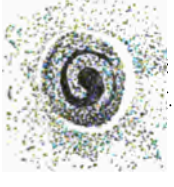

Fig. 19.

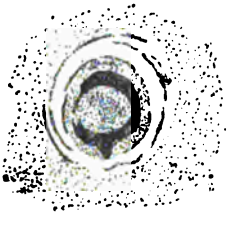

Fig. 20.

Fig. 21.

Fig. 22.

qu'on observe sont souvent irréguliers; quelquefois on trouve que ces bords sont hérissés de saillies et que les sinuosités offrent sur leur trajet de petits renflements et des portions rétrécies et effilées. Ces lésions indiquent déjà que non seulement le cylindraxe est flexueux et contourné, mais qu'il est encore en état de dégénérescence.

Mais il y a plus : dans les points les plus altérés il présente, en effet, une fragmentation granuleuse, qui est le dernier terme de la lésion avant la résorption complète. Le centre du tube nerveux présente alors, au sein de la myéline liquéfiée, une désintégration moléculaire composée de débris fortement colorés par le réactif du cylindraxe. Beaucoup plus rarement cet organe se présente comme un filet très grêle au milieu de la myéline tuméfiée, ce qui indique qu'il peut y avoir sur son trajet des portions plus ou moins atrophiées. Enfin, il faut encore noter qu'en se contournant il peut être rejeté à la périphérie du manchon de myéline; on a alors une figure faisant croire à la coloration foncée d'un demi-cercle de myéline.

En cherchant à résumer les caractères de l'ensemble de la lésion on voit qu'elle est constituée par un gonflement pseudo-hypertrophique de l'ensemble de tube nerveux, par la désintégration de la myéline débutant dans les parties les plus voisines du cylindraxe, par le contournement flexueux de ce dernier et par sa désintégration moléculaire plus ou moins avancée.

On a sous les yeux le début d'un processus dont le dernier terme serait une destruction organique complète. Il est fort remarquable de faire ces constatations à une période où il n'existe encore que des altérations minimes du côté des vaisseaux, du tissu névroglique et à un moment où la sclérose fait défaut, le début de la lésion se faisant là par le fait dans l'élément nerveux lui-même.

Ces processus dégénératifs des tubes nerveux et qu'on trouve reliés entre eux par des transitions, peuvent se diviser pour simplifier la description en deux ou trois stades. Dans le premier on observe le gonflement et le contournement du cylindraxe avec les figures qui viennent d'être mentionnées; dans le second la désintégration granuleuse, le morcellement du cylindraxe apparaît, tandis que la myéline s'est liquéfiée du centre vers la périphérie. Enfin la résorption complète

de ces gouttelettes et débris, marque en dernier le degré de la destruction.

Dans les maladies comme la paralysie générale par exemple où la cellule nerveuse s'altère, on trouve dans les cornes de la moelle épinière, des lésions de ces cellules qui peuvent être considérées comme l'analogue de celles des tubes nerveux et qui sont les premières périodes d'une lésion dont le dernier terme est tout semblablement la transformation en corps granuleux et la destruction complète.

Les granulations et les bâtonnets colorables par la méthode de Nissl disparaissent ou se transforment d'abord en fines granulations hyalines, le protoplasma devient homogène, perdant ses réactions colorantes normales pour en acquérir d'autres, se montre tuméfié ou clair, mais rempli de grosses masses granulo-pigmentaires. Cette première phase est donc représentée ici par une désintégration de la chromatine avec tuméfaction du corps cellulaire et gonflement du cylindraxe qui en sort. Plus tard la cellule ainsi altérée se présentera avec l'aspect connu qu'on rencontre dans les atrophies de longue date.

Ces lésions nous les avons rencontrées sur les tubes nerveux dans un cas de tabes où la mort est survenue rapidement après l'apparition des premiers symptômes, avant la période d'incoordination, par tuberculose pulmonaire, en second lieu dans quelques cas de dégénérescences secondaires à des foyers encéphaliques et plus récemment avec M. Durante dans un cas de sclérose combinée enfin et surtout dans la paralysie générale : Aucune maladie n'offre peut-être des conditions aussi favorables à ce genre d'étude. Presque tous les malades de cette espèce ont des dégénérescences spinales, souvent elles ne débutent qu'après les lésions cérébrales, de sorte qu'au jour de l'autopsie, elles sont encore récentes. Il n'est donc pas rare d'y observer la lésion dont la sclérose spinale n'est que la suite et la phase ultime.

C'est en étudiant des moelles qui semblent d'abord indemnes de lésions, qu'on rencontre çà et là cette altération naissante et qui apparaît alors avec évidence comme une première phase tandis qu'au point de vue clinique, elle a évolué silencieusement. Elle se rencontre dans les points où va se produire la sclérose, c'est-à-dire plus spécialement dans les cordons postérieurs chez les paralytiques généraux, et dans les cordons

latéraux dans les dégénérescences secondaires à des foyers encéphaliques.

De plus, elle existe souvent dans la substance grise des paralytiques généraux, principalement dans la corne postérieure où elle apparaît nettement sur les tubes nerveux qui ont été coupés transversalement. C'est là une preuve de plus, disons-le en passant, de l'altération des cornes de la moelle dans cette maladie; altération sur laquelle notre maître M. le professeur Joffroy[1] et nous-même avons insisté.

Mais outre les cas où nous avons vu nous-même cette lésion, on la rencontre décrite par d'autres auteurs, dans des maladies à vrai dire, très différentes des précédentes et où on a pu la considérer comme un processus particulier. Un peu plus loin nous verrons encore que ces lésions ne sont pas sans analogie avec ce qui a été décrit dans le début des myélites aiguës, si elles ne sont pas identiques.

Dans l'anémie grave, dès 1893, Minnich a observé sur les tubes nerveux de la moelle dont il a établi les lésions dans cette maladie, des figures semblables à celles que nous venons de décrire comme caractérisant la première phase des scléroses communes. Dans un remarquable mémoire[2] cet auteur a donné de ces lésions des figures très nettes, observées sur des coupes transversales et longitudinales.

La même lésion pourrait, d'après Minnich, se rencontrer dans la maladie d'Adisson ainsi que le montrent les observations de Tizzoni, de Fleiner, de Balès et Kalindero et aussi dans une série d'autres maladies de la moelle où elle semble une lésion surajoutée probablement dominée par un processus d'infiltration œdémateuse. D'après Minnich cette dernière considération a une importance pathogénique et nous allons y revenir.

Mais dès à présent, en considérant l'ensemble des maladies où cette même lésion, avec ses caractères si nets et si tranchés, a été observée, soit par nous, soit par d'autres, nous pouvons conclure qu'il ne s'agit pas d'une forme spéciale, mais au contraire d'un processus banal paraissant à l'origine des maladies les plus dissemblables sous d'autres rapports. C'est pour nous une manière de se détruire du tube nerveux et de la cellule

[1] *Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale.* (*Congrès de Médecine mentale.* Blois, 1893.)

[2] Minnich. — *Zeitschrift für klin med.*, t. XXII, 1893.

nerveuse qui est commune aux lésions finalement destructives de l'élément noble. Elle précède les scléroses, elle est à l'origine du tabes où elle se poursuit dans les cordons postérieurs; à l'origine des dégénérescences wallériennes secondaires à des foyers cérébraux; elle se montre dans les scléroses combinées [1], elle existait dans les observations de Minnich [2] au cours de l'anémie progressive; elle a été vue par cet auteur et par nous-même dans des processus scléreux déjà avancés où elle apparaissait comme plus récente à côté d'une destruction déjà parfaite.

Tout récemment encore nous la trouvons figurée sur les planches du mémoire de Michaël Lapinski [3] et ici elle apparaissait comme caractérisant la lésion récente dans une sclérose en foyers disséminés.

Ce n'est pas tout dans des recherches sur l'œdème des centres nerveux Rumpf [4] a observé une lésion analogue.

Enfin pour terminer cette énumération déjà longue il nous reste à jeter un rapide coup d'œil sur ce qu'on observe dès le début dans des processus aigus.

Si, ainsi qu'on vient de le voir, des examens histologiques sont rares au début des scléroses spinales, il n'en est pas de même dans les myélites aiguës où la mort fréquente et rapide des malades a permis de surprendre le processus pathologique dans sa première phase.

Du côté des éléments nerveux on y peut observer deux ordres de lésions : d'abord ce sont des nécroses massives des tubes nerveux et des cellules nerveuses. Cette nécrobiose peut être très rapide; elle a été constatée après vingt-quatre heures; elle relève soit des toxines sécrétées, soit d'oblitération vasculaire par artérite aiguë.

Dans d'autres cas, et c'est là ce qui doit fixer notre attention comme se rapprochant plus des maladies à évolution lente, on observe des modifications qu'on désigne sous le nom d'inflammatoires et qui sont caractéristiques quelle qu'en soit d'ailleurs la pathogénie. Elles ont été établies par les travaux de L. Clarke, de Charcot, de Joffroy, de Gombault, etc. Ce sont du côté des

[1] Klippel et Durante. *Revue de médecine,* 1895, et Durante. *Soc. Anat.*, 1895.

[2] *Loc. cit.*

[3] *Zeitschrift für Klin. med.*, t. XXVII, 1895.

[4] Flüger. — *Arch. für Physiologie,* Bd. 26, cité par Minnich, *loc. cit.*

cellules multipolaires la tuméfaction, un état globuleux, une transformation en corps opaques finement granuleux avec conservation du noyau, mais modification des réactions colorantes, ou bien c'est un gonflement, avec protoplasma clair, plus réfringent, moins granuleux, tuméfaction œdémateuse du noyau qui prend un aspect bosselé. Dans les faits de ce genre on peut aujourd'hui, grâce surtout à la méthode de M. Nissl, constater qu'en pareil cas les granulations et bâtonnets de la cellule sont détruits, liquéfiés dans la masse du protoplasma et ne prenant plus par conséquent le réactif qui les colore et les fait apparaître à l'état normal. Tout récemment des lésions de ce genre ont été constatées par MM. Ballet et Henriquez[1] dans la paralysie diphtérique.

Dans la substance blanche, MM. Charcot, Joffroy, Hayem, Gombault, etc., ont noté la tuméfaction des cylindraxes des tubes nerveux. Et cela non seulement au niveau du foyer de myélite, mais plus loin sur des points paraissant affectés secondairement. Le cylindraxe apparaît énorme tandis que la myéline ne forme plus autour de lui qu'une mince enveloppe. C'est cette même lésion que M. Joffroy a encore constatée au voisinage des foyers de ramollissement aigu. Ces cylindres d'axe hypertrophiés se trouvaient disséminés au milieu de tubes sains. Et de plus le même auteur, poursuivant l'étude de cette lésion, dans les myélites expérimentales, y a rencontré les mêmes caractères de tuméfaction des tubes nerveux.

Au bout de quelques jours M. Muller a vu une tuméfaction moniliforme des cylindraxes dans une myélite aiguë traumatique et ici encore la même altération se retrouvait avec des caractères semblables, plus loin, dans des faisceaux atteints de dégénérescences descendantes.

La même tuméfaction est signalée par Charcot et Joffroy dans l'inflammation qui suit ou précède l'hémorrhagie aiguë de la moelle. Enfin cette tuméfaction des cylindraxes a été rencontrée au cours de processus aigus, en dehors de toute lésion de névroglie; les éléments nerveux apparaissaient les premiers frappés.

Telles sont les lésions du début des processus aigus. Ce qui nous intéresse c'est le gonflement des éléments nerveux. Cet état pseudo-hypertrophique qui loin de représenter une surac-

[1] *Congrès de médecine de Bordeaux*, 1895.

tivité de fonction est la première phase de la destruction que nous avons retrouvée avec les caractères analogues sinon identiques dans le premier stade des lésions chroniques et irréparablement destructives.

Les différences qui séparent ce mode de destruction aiguë de la première phase des lésions chroniques consistent surtout en ce que, dans les lésions aiguës, le cylindraxe apparaît comme tuméfié à un très haut degré, entouré qu'il est par un étroit cercle de myéline. Mais dans le début de l'état chronique on peut voir aussi cette tuméfaction bien qu'à un faible degré. On ne retrouve pas non plus signalée cette liquéfaction débutant par le centre de la myéline au voisinage du cylindraxe. Mais à part ces particularités, la lésion prise dans son début offre de frappantes analogies avec l'état chronique.

C'est pourquoi on est en définitive autorisé à croire que dans la plupart des cas le mode de destruction de l'élément nerveux est le même à son début, si diverses que soient les maladies envisagées dans leur cause et leur évolution ultérieure. Les maladies sont nombreuses, les manières de se détruire des éléments anatomiques sont infiniment plus restreintes. La lésion qui nous occupe est donc la façon la plus commune de se transformer et de disparaître des éléments nerveux. *Elle marque le début, non d'un processus plus ou moins spécial, mais du plus grand nombre des dégénérescences communément observées dans la moelle.*

Elle précède la sclérose et la prolifération névroglique qui la suit, suivant le cas, de plus ou moins près. Souvent lorsqu'on la constate avec netteté, on peut déjà découvrir dans le tissu connectif un léger degré d'infiltration œdémateuse qui va de plus en plus s'étendre, mais sans que la lésion primitive de l'élément nerveux lui-même soit commandée par celle du tissu ambiant.

Peu à peu un tissu de sclérose à forme myxomateuse ou inflammatoire va remplacer le tissu nerveux insensiblement détruit et constituer un espace dans lequel on ne trouve plus que des tubes nerveux absolument sains, mais disséminés et éloignés les uns des autres; le reste de la substance nerveuse ayant disparu complètement.

Notre conclusion sera qu'une même lésion dont nous avons tenté d'indiquer les caractères et les phases successives est à l'origine d'un très grand nombre de dégénérescences spinales

en ce qui concerne les tubes nerveux. Il paraît en être de même des cellules nerveuses puisqu'il nous est permis de rapprocher les lésions que nous avons rencontrées au début des processus chroniques de celles qui ont été décrites par d'autres auteurs dans un grand nombre d'empoisonnements réalisés expérimentalement[1].

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. La surdi-mutité au point de vue clinique; par James Kerr Love. (*British medical journal*, 24 nov. 1874.)

L'auteur demande que des médecins auristes soient attachés aux institutions d'éducation pour les sourds-muets afin de faire le départ exact des causes organiques de la surdité et de pratiquer les interventions opératoires ou faire les prescriptions hygiéniques et thérapeutiques spéciales découlant de ces examens physiques méthodiques. Il appelle l'attention sur l'importance des exanthèmes et de la rougeole par exemple comme cause d'affections auriculaires secondaires précoces. Il propose de prohiber le mariage entre sourds-muets congénitaux et demande que les sourds-muets des institutions spéciales fassent l'objet d'examens nécroscopiques rigoureux pour élucider les causes anatomo-pathologiques de la surdi-mutité. A. M.

II. Un cas de maladie de Friedreich, ataxie héréditaire avec nécropsie; par Michell Clarke. (*British medical journal*, 8 décembre 1894.)

Les altérations anatomiques affectaient particulièrement les cordons postérieurs dans le voisinage de la commissure latérale avec épaississement de la pie-mère et des vaisseaux, diminution de volume de la moelle malgré une prolifération névrologique exagérée. Ces lésions étaient diffuses ce qui explique que, malgré leur degré peu avancé relativement, l'extension en ait pu produire des symptômes cliniques accentués. Une tumeur cérébelleuse les

[1] Nous citerons en particulier le mémoire de Koloman Pàndi sur l'empoisonnement par le brome, l'antipyrine, la nicotine, etc. (*Arch. hongroises de médecine*, t. II.)

compliquait, assez développée pour avoir permis le diagnostic du vivant, hérédité convergente. A. M.

III. Une épidémie de paralysie infantile; par Andrew Macphail. (*British medical journal*, 1 déc. 1894.)

Cette épidémie observée en Amérique dans l'Etat de Vermont atteignit 120 enfants en trois mois de juin en août 1894.

Décès	13 p. 100
Guéris	25 —
Améliorés	30 —
Non améliorés	32 —

L'auteur ne peut encore fournir le résultat définitif de ses recherches bactériologiques qui ne sauraient manquer d'être intéressantes et permettant de rapporter cette épidémie à sa vraie cause. A. M.

IV. Glande thyroïde accessoire avec procidence buccale; par Mc. Ilraith. (*British medical journal*, 1 déc. 1894.)

La tumeur siégait à la base de la langue et fut extirpée aux ciseaux courbes. La malade était une jeune fille de dix-sept ans qui guérit bien des suites de cette petite opération sans hémorrhagie appréciable.

L'examen microscopique montre un tissu thyroïdien. A. M.

V. Injection hypodermique de strychnine dans trois cas de névrite périphérique; par Stodart Walker.

Les cas cités par l'auteur étaient déjà anciens et avaient résisté à diverses autres moyens thérapeutiques. La strychnine fit disparaître les phénomènes paralytiques et atrophiques et guérit la névrite périphérique. A. M.

VI. Carie vertébrale et compressions méoullaire (*lamnectomie*); par Noble Smith. (*British medical journal*, 1 déc. 1894.)

C'est l'observation d'une femme de trente ans atteinte du mal de Pott avec symptômes spéciaux consistant en névralgies sacrées intenses avec plaques hyperesthésiques correspondantes, la partie antéro-latérale du tronc et les membres inférieurs étaient anesthésiés sauf une ligne externe hyperesthésique sur la cuisse. La vertèbre saillante était la dixième dorsale. La lamnectomie fut pratiquée à ce niveau et une masse de tissu caséeux du volume d'une noisette fut enlevée. Les névralgies douloureuses disparurent avec les symptômes de compressions et peu à peu la malade put

reprendre la marche sans béquilles. Dans le soixante-deuxième congrès de British medical association tenue à Bristol en 1894, cette question des interventions chirurgicale sur la colonne vertébrale a fait l'objet d'une longue discussion relatée dans le numéro d'octobre 27 du *British medical journal*, 1894. A. M.

VII. L'ataxie, symptômes de diverses maladies. (*British medical Association*, Meeting de Bristol, juillet-août 1894.)

Sur un rapport de Ormerod, l'ataxie locomotrice fait l'objet d'une longue discussion entre MM. Michel Clarke, W. Gordon, Williams Dawson, et Waldo.

La théorie sensitive de Leyden, motrice de Erb et cérébrale de Jendrassik sont passées en revue ainsi que l'ataxie cérébelleuse. Les cas d'ataxie par névrite périphérique de Déjerine sont rappelés et l'ataxie semble, pour les auteurs précités, devoir se ramener à un symptôme y compris l'ataxie des tubes que nous considérons avec Charcot comme entité morbide distincte. A. M.

VIII. Névrite multiple chez l'enfant; par E. Mackey. (*British medical journal*, 25 août 1894.)

C'est le cas d'un enfant de six ans, atteint de parésie douloureuse; des membres, consécutive à une rougeole considéré d'abord comme rhumatisant, il fut ensuite pris pour un cas de paralysie de Landry. Au bout de deux mois, il présentait des phénomènes de contractions douloureuse empêchant l'extension passive et la flexion, douleur à la pression le long des troncs nerveux en particulier sur le trajet du nerf sciatique gauche. Les muscles du tronc étaient également parésiés et douloureux et l'enfant ne pouvait au lit changer de positions. Mais en greffe pas de dysphagie, urine normale, circulation, respiration normales, guérison au bout de huit mois après traitement par les toniques, la faradisation, le massage. L'auteur conclut à une névrite périphérique par auto-intoxication. A. M.

IX. Maladie d'Addison et capsules surrénales; par A. G. Auld. (*British medical journal*, 6 oct. 1894.)

L'auteur s'appuyait sur l'anatomie comparée, l'expérimentations par l'extirpation sur des cobayes et les examens microscopiques chez l'homme, conclue à une altération particulière du sang consécutive à l'altération ou suppression des capsules surrénales. C'est ainsi que dans la maladie d'Addison le sang se caille difficilement et les globules ne se forment plus en rouleaux et piles. Les liquides de l'organisme sont secondairement modifiés, en particulier le liquide céphalorachidien, d'où les hydropisies et exsudats ventri-

culaires, les tissus et en particulier la peau s'altèrent, des thromboses capillaires se produisent et des pigments dérivés de l'hémoglobine se déposent dans les tissus qui prennent la teinte bronzée caractéristique. Les capsules surrénales sont l'objet d'une longue et magistrale étude par Rolleston dans les deux numéros de Mars.

A. M.

X. Archives cliniques. (*London Clinical Society.*)

I. *Observation de Sclérodermie* ; par Herringham. — C'est un marin de trente-six ans, plongeur depuis seize ans; atteint de sclérodermie traité successivement par les onctions huileuses et la pilocarpine. Traces d'albuminurie, amélioration. Pas d'accidents rhumatoïdes mais raideur des doigts et des coudes. Le Dr Duckworth n'obtient aucun résultat de l'emploi, l'extrait thyroïdien dans un tel cas.

II. *Atrophie primitive des muscles du tronc et des membres ;* par Barlow. — C'est un cas de paralysie de Erb avec lordose chez un enfant de cinq ans, résistance marquée à l'action excitatrice des contractions par la faradisation, pas de réaction de dégénérescence, réflexe patellaires atténués, sensibilité conservée, intelligence relative, pas de cause héréditaire appréciable, frères et générateurs normaux.

III. *Epilepsie traumatique et trépan;* par Butlin. — Observation d'un homme atteint d'épilepsie consécutive à une chute avec plaie pénétrante du crâne, opéré du trépan, il présentait au niveau du centre des mouvements de la face et du bras dans l'hémisphère gauche un caillot sous-duremérien comprimant la corticalité déprimée.

L'opération réussit et l'épilepsie guérit. MM. Pearcegould et Barker citent un cas semblable.

IV. *Acromégalie* et *maladies de Graves.* — Deux observations, l'une d'acromégalie relativement récente et améliorée par l'arsenic (Harry Campbell), l'autre de basedowien ayant présenté des polypes nasaux dont l'extirpation fut suivie d'amendement des symptômes de la maladie de Graves (Scanes Spicer). Le Dr Stoker a cité un cas de goitre simple avec polype nasaux où l'extirpation des derniers fit disparaître le goitre en deux mois.

V. *Deux cas de luxation spontanée de la hanche chez des tabétiques au début.*— L'un d'eux s'était réveillé dix ans auparavant avec la hanche luxée sans fracture. Actuellement âgé de cinquante-huit ans, il ne présente que quelques douleurs fulgurantes, un commencement de décoloration de la papille, l'atténuation des réflexes et une difficulté à marcher les yeux fermés. (*British medical journal*, 17 novembre 1894.) Dr Marie.

XI. Paralysie laryngée dans les affections nerveuses chroniques; par W. Permewan.

L'auteur conclut à la fréquence des altérations fonctionnelles du larynx dans la paralysie générale. Les adducteurs seraient les muscles le plus souvent atteints par la paralysie. Il n'est pas nécessaire que la paralysie générale soit associée au tabes, les altérations cérébrales pouvant s'étendre aux noyaux encéphaliques et bulbaires correspondants. (*British medical journal*, 24 novembre 1894.) A. M.

XII. Cas d'arthropathie de Charcot avec ulcères perforants plantaires chez un tabétique; par Henry Waldo. (*British medical journal*, 1er décembre 1894.)

C'est une athropathie du genou gauche avec ulcères plantaires multiples. Les symptômes tabétiques sont peu accentués en dehors de cela et de crises gastriques ayant coïncidé avec l'arthropathie et l'éclosion des maux perforants. A. M.

XIII. Acromégalie et ostéo-arthropathies; par G. Murray. (*British medical journal*, 9 février 1894.)

L'auteur cite trois cas, dont un avec diabète, un autre avec hypertrophie marquée du thyroïde, du thymus et de la pituitaire enfin le troisième avec accidents arthritiques et pulmonaires (hypertrophic pulmonary, osteo-arthritis de J. Hutchinson.) A. M.

XIV. Surdité fonctionnelle; par Rausour et William Dalby. (*British medical journal*, 2 et 16 mars 1895.)

Ce sont deux cas de surdité hystérique avec mutisme dans l'un. L'un et l'autre symptômes disparurent brusquement comme ils étaient venus sous l'influence d'une émotion vive. A M.

XV. Perforation de la base du crane et amnésie entéro-rétrograde; par Horace Abel et Colman. (*British medical journal*, 16 février 1895.)

C'est un chauffeur de trente-six ans qui, en tombant de sa machine, se perfora la joue droite avec le bec d'un huileur. Tout d'abord il eut des phénomènes paralytiques du côté gauche qui cédèrent en partie et il subsista une amnésie avec hébétude et miction inconsciente. Il ne reconnaissait aucun des siens, ni les objets de l'usage le plus courant.

Le souvenir des vingt années précédentes était effacé de sa mé-

moire, car il se disait laboureur, qu'il avait réellement été vingt ans avant. Finalement l'amnésie se restreignit aux cinq dernières années avec persistance de phénomènes hémiparétiques à gauche avec mouvements choréiques. Emotivité spéciale persistante comme dans les lésions circonscrites. A. M.

XVI. Trois cas d'abcès intracraniens; par Robert Murray. (*British medical journal*, 5 janvier 1895.)

Dans ces trois cas d'abcès dont deux cérébraux et un cérébelleux, l'intervention chirurgicale eut plein succès. La méthode opératoire fut celle de Horsley. C'est aussi cette méthode qu'ont employée MM. Outterson, Wood et Cotterelb dans un cas d'hémiplégie avec épilepsie. A. M.

XVII. Du diagnostic des affections cérébelleuses; par Risien Russel. (*British medical journal*, 18 mai 1895.)

L'auteur, s'aidant des recherches expérimentales sur l'animal et passant en revue les travaux sur la question, étudie successivement le symptôme incoordination et parésie motrice, les déviations oculaires et le nystagmus, l'attitude contournée, les rigidités musculaires et spasmes convulsifs, les anesthésies et modifications de réflexes. A. M.

XVIII. Traumatisme du front suivi d'aphasie, convulsions et monoplégie brachiale droite; par Russel et Puikerton. (*British medical journal*, 15 juin 1895.)

A la suite d'une chute de tricycle, les auteurs durent opérer le malade du trépan; une poche sanguine sous-dure-mérienne fut ouverte et drainée : le malade guérit et ne conserva qu'un léger embarras de la parole, selon toutes apparences transitoire. A. M.

XIX. Notes sur le pronostic de l'apoplexie par hémorragie cérébrale; par Alf. Barrs. (*British medical journal*, 18 mai 1895.)

Conclusions : Une triple indication capitale s'impose pour éclairer le pronostic; l'examen de l'état du rein, la recherche du signe de Cheyne-Stokes et de celle de l'hyperpyrexie. Des trois, l'étude de l'état du rein est la plus importante. Dans un cas d'apoplexie par hémorragie d'un hémisphère, s'il y a altération du rein, hyperpyrexie et respiration type Cheyne-Stokes, le malade est perdu. Si aucun des trois symptômes ne peut être constaté, le malade peut se rétablir. Les états toxiques ou infectieux équivalent à l'altération de la fonction rénale et à l'hyperpyrexie. A. M.

XX. Dystrophies cutanées herpétiformes; par Jonathan Hutchinson. (*British medical journal*, 28 juin 1895.)

L'auteur, groupant un grand nombre d'observations, décrit successivement, avec photographies à l'appui, les distrophies herpétiformes par névrite du plexus cervical, de la cinquième paire, du plexus brachial, des nerfs dorsaux, lombaires et sacrés, unilatérale ou symétrique.

Il rapproche ces lésions, au point de vue anatomo-pathologique, des lésions de la maladie de Raynaud. A. M.

XXI. Diathèse urique et névroses; par H. Smidt. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Méthode chimique de Pfeiffer. Examen de 24 malades dont 17 atteints d'hystérie, neurasthénie et états semblables (tableau). A la tendance d'excréter de l'acide urique libre, s'associaient des symptômes cérébrasthéniques, avec une remarquable fréquence. Mais existait-il, en l'espèce, une diathèse urique latente, c'est ce que ne permit pas de déterminer la méthode de Pfeiffer. Procédons par la méthode statistique. Cherchons si, chez des arthritiques notoires qui sont atteints de maladies nerveuses ou mentales, on trouve des traits communs devant être mis à la charge de la diathèse urique. Or, dans ces dix dernières années, nous avons reçu, sur 700 malades, 5 arthritiques atteints de diverses psycho et névropathies. Voici le résumé de leurs observations. Eh bien, on n'en peut tirer de complexus symptomatique d'ordre nerveux imputable à l'arthritisme; il n'y a pas de névrose arthritique, et cependant dans les trois premières observations on constate qu'il y a eu dépression, puis épuisement psychique. C'est à contrôler par de nouvelles recherches. P. K.

XXII. Des sarcomes multiples du cerveau et des méninges spinales; par A. Westphal. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Observation avec anatomie pathologique. D'après les faits connus dans la science, on a affaire, soit à des nodules sarcomateux de la substance nerveuse même et des enveloppes des organes centraux, soit à des néoplasmes limités aux enveloppes. Il semble que les sarcomes n'aient que peu ou point de tendance à se propager au tissu nerveux: ce sont des tumeurs très vasculaires, ne présentant jamais d'altérations régressives. La symptomatologie est en rapport avec le siège et l'étendue des néoplasmes, bien que des sarcomes très étendus du système nerveux central puissent souvent ne donner lieu qu'à très peu de troubles fonctionnels. Mais en général ils tuent très rapidement. Les deux tiers des observations concernent l'enfance ou les premiers temps de la puberté. P. K.

XXIII. Contribution a la connaissance de l'étiologie de la paralysie faciale périphérique; par R. Hatschek. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XIII, 1.)

Sur 80 cas de cette maladie, on compte 10 faits de récidive (observations) sur l'un ou l'autre côté de la face indifféremment. Pas de prédisposition sexuelle, ni d'hérédité. Deux exemples de névrite (probable) diabétique. Le rôle de l'infection paraît établi, mais non celui de la syphilis. P. K.

XXIV. Observation de myélite aiguë dans la substance blanche; par K. Küstermann. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

Observation de myélite transverse mais avec conservation de la sensibilité tactile contrastant avec l'analgésie et l'anesthésie thermique. L'autopsie révèle une altération de la substance blanche (déchéance du parenchyme et prolifération de la névroglie) de la périphérie au centre, sans atteindre la substance grise. Dégénérescence ascendante des faisceaux de Goll, de Gowers, et antérieurs; dégénérescence descendante des faisceaux pyramidaux. Peut-être s'agit-il d'une infection aiguë, mais de laquelle? P. K.

XXV. Les maladies nerveuses fonctionnelles et la syphilis; par P. Kowalewsky. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

La syphilis peut agir directement sur le sang, les parois vasculaires (artério-sclérose), le tissu nerveux et détermine ainsi des accidents nerveux, mais elle peut aussi exercer une action morale (syphilophobie) et provoquer des désordres nerveux, par exemple hystériques; enfin les agents pharmacodynamiques antisyphilitiques peuvent léser les tissus et aboutir à des névropathies.

P. K.

XXVI. Contribution a la pathologie du cervelet; par M. Arndt. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

Sorte de cirrhose cérébelleuse, c'est-à-dire atrophie des éléments nerveux par multiplication des éléments du mésoderme et non de la névroglie. Cette altération s'arrête en avant de l'olive cérébelleuse restée presque normale, de même que les pédoncules cérébelleux supérieurs. Le sujet de l'observation est un vieillard de soixante-dix ans. Cette altération cérébelleuse aurait déterminé des vertiges, de l'ataxie, du tremblement des mains, de la paresse vésicale, de la dysurie, de l'affaiblissement des membres.

P. K.

XXVII. Sur une névrose observée dans les Indes hollandaises, le latah; par P.-C. van Brevo, second médecin à l'asile d'aliénés de Buitenzorg Java. (*Allg. Zeitschr. für Psych.*, 1895, LI, 5.)

On désigne dans l'Inde sous le nom de *latah* une maladie dans laquelle le malade parle ou exécute des mouvements malgré lui. Ces mouvements accompagnent ou suivent des sons ou des mots, généralement des expressions habituelles. Ils sont quelquefois causés par la peur. L'intellect est indemne; les malades ont parfaitement la conscience de leur mal. L'auteur n'a jamais trouvé chez ces malades des traces d'hystérie ou d'épilepsie. Cette maladie se voit dans l'Inde, surtout chez les femmes indigènes; les jeunes y sont plus exposées que les femmes âgées. Elle est assez fréquente. Hammond l'a observée en Sibérie, où elle est appelée *Myriachit*. L'auteur n'a trouvé dans la population féminine de l'asile que 3 cas de latah. Il donne huit observations se rapportant à cette maladie, et dit qu'on en voit tous les jours des cas dans les rues de Java. Il s'agirait d'un affaiblissement de la volonté, impuissante à empêcher des mouvements ou des paroles qu'on ne désire pas. Cet affaiblissement s'explique dans l'espèce par les conditions d'infériorité sociale et par une vie de privations. Le latah ne devrait pas être identifié avec la maladie des tics de Gilles de la Tourette. On pourrait, avec Marina, l'appeler une myospasie impulsive imitatrice provoquée. Il n'y a pas de thérapeutique spéciale. P. Sérieux.

XXVIII. Sur l'alexie dite sous-corticale; par Emile Redlich. (*Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurol.*, 1895, XIII, 2, 3.)

Il s'agit d'une variété d'aphasie que Wernicke a décrite sous le nom d'alexie et Déjerine sous celui de cécité verbale pure. Cette forme d'alexie consiste dans l'impossibilité de lire, la faculté d'écrire restant intacte. L'importance du cas réside dans l'examen anatomique minutieux. Le malade âgé de soixante-quatre ans, accusait depuis longtemps une faiblesse de la vue consécutive à une atrophie du nerf optique, mais qui ne l'empêchait pas de pouvoir écrire. Il présenta en avril 1891 une parésie passagère des deux membres inférieurs et du bras droit qui disparut bientôt. En juin 1892, attaque d'apoplexie évoluant sans aucun symptôme particulier. On constata alors une hémiparésie droite avec participation de la peau et du sens musculaire de la main droite ; ces signes disparurent après quelque temps. Comme signes permanents on nota de la parésie, une hémianopsie droite et des troubles de la parole. La compréhension de la parole, les fonctions purement motrices du langage sont intactes. Le malade présente une manière de parler caractéristique, il éprouve des difficultés pour désigner les objets qu'on lui présente. Les troubles de l'écriture n'ont été

relevés qu'au début après l'attaque; plus tard le malade peut écrire spontanément et sur dictée. Avec cela, alexie totale littérale et verbale pour l'écrit et l'imprimé. Cet état dure sans modifications appréciables jusqu'à la mort qui a lieu un an et demi plus tard à la suite d'attaques épileptiformes et d'une bronchite grave. Analysant les signes observés, Redlich trouve l'hémianopsie droite caractéristique. Il insiste sur les particularités de langage du malade qui ne mettait pas beaucoup de précision dans son vocabulaire et qui, ainsi qu'on l'a remarqué chez d'autres aphasiques, employait fréquemment les mots déjà prononcés quoique improprement bien qu'il fût probable qu'il en connût le sens, *recurring utterance* de Jackson. Ce malade présentait aussi le trouble que Freund a décrit sous le nom d'aphasie optique et qui consiste dans l'impossibilité dans laquelle se trouve un malade de désigner l'objet qu'il voit quoiqu'il en connaisse l'usage. L'alexie du malade était complète, elle portait sur les lettres et sur les chiffres. On notait aussi un certain affaiblissement de la mémoire et du niveau intellectuel. Pas de cécité psychique.

Autopsie. — Atrophie du cerveau généralisée. Petits foyers sans importance dans le lobe occipital droit, foyer de ramollissement étendu dans le lobe occipital gauche. Ce foyer s'étendait sur une grande partie de la scissure calcarine, et des lobules lingual et fusiforme. Il y avait aussi des modifications de la corne d'Ammon et de la circonvolution de l'hippocampe. Le foyer de ramollissement du lobe occipital ne se bornait pas à l'écorce, mais portait aussi sur la substance blanche. Le ramollissement avait envahi aussi le bourrelet du corps calleux, la partie postérieure du thalamus opticus et la queue du noyau caudé.

La convexité du lobe occipital et du lobe temporal était intacte. Le territoire ramolli se trouve, au point de vue vasculaire sous la dépendance de l'artère cérébrale postérieure, mais il ne porte pas sur la totalité de son domaine, car le cuneus était intact. On pourrait donc admettre que l'oblitération a porté non sur le tronc principal de l'artère, mais sur une de ses branches plus importantes.

A l'examen microscopique, le ramollissement et la dégénérescence secondaire se mêlaient si intimement que la distinction en était impossible. Le forceps minor était complètement détruit, le faisceau optique était en grande partie ramolli et dégénéré secondairement. Le forceps major est intact dans la partie supero-externe et complètement dégénéré dans sa partie médiane. Le faisceau longitudinal inférieur est aussi ramolli dans ses parties postérieures; ce faisceau important d'association est presque complètement dégénéré. Le bourrelet du corps calleux est en partie ramolli; il en est de même pour quelques parties du tapetum du corps calleux. La partie convexe du lobe occipital est indemne, même au point de vue microscopique. La corne d'Ammon n'est

pas ramollie sur les coupes antérieures, mais elle présente une atrophie de ses faisceaux. Le fornix gauche présente des signes de dégénérescence.

Interprétation des lésions. — Par suite du ramollissement de la scissure calcarine, les excitations optiques ne peuvent plus être conduites dans l'hémisphère gauche. La destruction du forceps qui a pour fonction de relier les deux territoires visuels, rend impossible la communication du territoire visuel gauche avec le droit qui est intact. Le faisceau longitudinal inférieur qui établit une communication entre le centre optique gauche et le lobe temporal gauche (centre auditif du langage) étant lésé, le rapport entre les excitations optiques qui arrivent dans l'hémisphère gauche et le centre des sons est détruit. Le ramollissement du bourrelet du corps calleux et du tapetum interrompt la communication du centre optique droit avec le lobe temporal gauche. Ces lésions expliquent, d'après Redlich, l'alexie, mais il pense qu'il faut abandonner le terme de sous-corticale.

Son malade ne peut lire parce que ses centres visuels droit et gauche ne peuvent conduire des excitations au centre auditif de la parole. La lésion du tapetum qui établit l'association entre le centre visuel droit et le centre auditif est de la plus grande importance. L'écriture est une acquisition secondaire de la faculté du langage, un appendice, pour ainsi dire, du mot parlé qui n'acquiert jamais une indépendance absolue. Que l'association entre le mot parlé et écrit vienne à manquer et alors le mot écrit est réduit à une sensation optique. Telle serait l'explication de l'alexie du malade.

Pour ce qui est de la faculté d'écrire que le malade conservait encore, elle pourrait s'expliquer de deux façons. On sait que Déjerine admet, en dehors du centre optique du lobe occipital, un centre optique spécial, où seraient déposées les images optiques des lettres, et qu'il le place, dans le pli courbe, en le reliant d'un côté avec les deux centres optiques, et d'un autre côté avec les centres auditif et moteur du langage. Ce centre étant lésé, il y a impossibilité de lire et d'écrire; si la lésion, au lieu de porter sur le centre, porte sur les voies de conduction aux deux centres optiques, il n'y a pas d'agraphie. Redlich n'admet pas cette interprétation et pense que son malade compensait la perte de l'association entre le centre auditif et le centre visuel, grâce à l'association existant entre les mots et les sensations musculaires des mouvements de l'écriture, ces derniers pouvant quelquefois suppléer l'image optique. P. S.

XXIX. De l'influence qu'exerce l'inflammation traumatique de l'écorce cérébrale sur son excitabilité; par de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

On fait une première fois agir sur le centre moteur d'un membre

(du singe) le courant faradique, et l'on note la force *minima* du courant nécessaire pour obtenir une faible contraction musculaire de l'extrémité du côté opposé; on note aussi la force *minima* du courant nécessaire pour produire un accès d'épilepsie généralisé. On extirpe alors tous les points excito-moteurs en rapport avec le membre en question, et on laisse l'animal au repos. Il demeure incomplètement paralysé de l'extrémité opposée aux centres enlevés. Quelques jours plus tard, au moment où les phénomènes paralytiques commencent à se dissiper, on électrise comparativement les parties corticales lésées et les points symétriques de l'autre hémisphère. On voit alors que l'excitabilité de l'écorce, au voisinage de l'endroit détruit, est brusquement exagérée; il faut un courant éminemment faible pour provoquer une contraction musculaire; un courant à peine suffisant chez l'animal sain pour provoquer une très faible contraction musculaire, provoquera un accès d'épilepsie; fréquemment même, une simple excitation mécanique, le contact de l'écorce par une éponge, provoquera des contractions convulsives dans les membres de la moitié opposée du corps. De plus, au voisinage de la partie de l'écorce totalement enlevée, il s'est reformé un centre cortical; par exemple, a-t-on enlevé le segment moyen de la frontale ascendante, c'est-à-dire le centre qui commande à l'extrémité antérieure, il suffit maintenant d'exciter le bord du sillon de Rolando, région qui, antérieurement, était tout à fait insensible au courant électrique, pour obtenir des contractions marquées des groupes musculaires du membre en question privé cependant de ses centres corticaux.

M. Shukow a déterminé les lois suivantes :

1° La période latente de l'excitabilité de l'écorce est considérablement abrégée, à la suite de l'inflammation traumatique; 2° l'hyperexcitabilité corticale déterminée par l'inflammation traumatique, est amoindrie par la destruction des centres correspondants de l'hémisphère de l'autre côté; 3° les centres moteurs néoformés sous l'influence de l'inflammation sont-ils enlevés à leur tour, ils se reforment encore dans les régions voisines de l'écorce, jusque dans le territoire d'un autre centre. P. Keraval.

XXX. Amyotrophie spinale progressive de la première enfance; par G. Werdnig. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

L'auteur essaie de constituer un nouveau type indépendant de la polynévrite, de l'atrophie musculaire névropathique progressive, de l'atrophie musculaire Duchenne-Aran, de la sclérose latérale amyotrophique, de la poliomyélite antérieure aiguë, appartenant, au point de vue anatomo-pathologique, à la classe des dystrophies.

Il s'agit d'une affection atteignant souvent plusieurs enfants de la même famille, débutant, dès la première année de la vie, sans

symptômes infectieux, par de l'atrophie avec parésie de la région qui englobe le bassin, les lombes, la cuisse, et s'accompagnant d'obésité. Elle porte d'abord sur le triceps crural, les fessiers, les longs muscles vertébraux. L'enfant n'apprend pas à marcher et ne peut se tenir debout sans aide. Puis l'atrophie avec la paralysie gagne *suprà* et *infrà*, frappant des groupes musculaires symétriques. Ce sont successivement : les muscles de la nuque et du cou, ceux de la ceinture scapulaire, du système locomoteur du bras sur le tronc, du bras, de la cuisse. Finalement sont pris ceux des avant-bras et des jambes, et, en tout dernier lieu, les muscles des mains et des pieds.

La paralysie, toujours flasque, progresse parallèlement avec l'atrophie. Jamais il n'y a d'hypertrophie ou de pseudo-hypertrophie des muscles. On constate, en outre, des convulsions fibrillaires, du tremblement des doigts, des accidents bulbaires. Il y a diminution de l'excitabilité électrique, réaction dégénérative, absence des réflexes tendineux et, en partie, des réflexes cutanés, intégrité de la sensibilité et des sphincters.

L'atrophie de la substance musculaire est excessive; il y a surabondance de tissu adipeux sous-cutané. A une certaine période de la maladie, il se produit des lordoses et des contractures, parfois de la surextensibilité de plusieurs articulations. La maladie évolue en neuf mois au minimum, six ans et demi au plus. La mort ne souffre aucune exception. *Anatomie pathologique :* disparition par atrophie des cellules des cornes antérieures dans toute la hauteur de la moelle; intégrité de la substance blanche; dégénérescence très avancée des racines antérieures; faible dégénérescence des troncs nerveux antérieurs. Les muscles subissent : l'atrophie simple, la dégénérescence homogène et fragmentaire; on y note de l'hyperplasie du tissu conjonctif, avec lipomatose, une faible hypertrophie des fibres musculaires. P. K.

XXXI. Un cas de tabes au début; par M. Weil. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Il s'agit d'un homme de trente-sept ans, syphilitique depuis l'âge de vingt-six ans. Il est successivement atteint d'ictus avec perte de connaissance prolongée, hémiplégie motrice et sensitive du côté gauche ; quelques perturbations dans l'appareil musculaire des yeux. Plus tard, symptômes généraux de tabes, sans douleurs lancinantes. Il meurt à quarante-un ans de phtisie pulmonaire. Jamais de troubles vésicaux, ni rectaux; jamais d'ataxie. L'*autopsie* révèle : une dégénérescence du faisceau latéral gauche et du faisceau antérieur droit dans les pyramides; un foyer ancien, gros comme un noyau de cerise, dans la capsule interne droite; une dégénérescence disséminée sans ordre dans les cordons postérieurs, qui n'a par

conséquent point la physionomie de celle du tabes. Cette dégénérescence, dans la moelle lombaire, respecte la zone radiculaire moyenne et gagne la cloison médiane postérieure; dans la moelle dorsale, elle n'atteint ni les zones médianes, ni les zones latérales, confinant au bord médian des cordons postérieurs, et elle continue à être asymétrique et disséminée irrégulièrement. Seule la moelle cervicale présente une dégénérescence des cordons de Goll et des cordons de Burdach à leur voisinage des cordons de Goll; ce sont des plaques d'une grande netteté, d'une vive intensité, mais qui, de par l'examen des vaisseaux, des cylindraxes, des gaines myéliniques et du tissu sain ambiant, n'ont rien à voir avec celles de la sclérose multiloculaire. P. K.

XXXII. Rires et pleurs inextinguibles dans les affections cérébrales; par W. de Bechterew. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Toutes ces observations concernent des lésions corticales et des lésions de la substance blanche sous-corticale, avec constante localisation aux régions motrices (hémiplégies, monoplégies, aphasies); on y constate invariablement de la paralysie faciale seule (lésion du segment inférieur des ascendantes) ou accompagnée d'autres troubles.

Le rire, dit l'auteur, surtout le rire franc, procède de l'action des mouvements respiratoires, de la tension des cordes vocales, de la sécrétion des larmes, de phénomènes vaso-moteurs, de mouvements des muscles de la physionomie (mimique).

Or, l'écorce contient des centres qui actionnent la respiration, des centres qui actionnent les cordes vocales, des centres qui président à la sécrétion lacrymale, des centres vaso-moteurs, des centres moteurs commandant aux mouvements volontaires de la face et à la mimique. D'autre part, les noyaux cérébraux sous-corticaux sont le foyer de centres combinés pour l'expression des sentiments; la couche optique, en particulier, participe à la réalisation des mouvements affectifs ou de l'expression. Quand on excite la couche optique, on accélère la respiration en faisant entrer en fonctions la voix, l'expiration, la mobilité du visage, les mouvements du corps et des extrémités, comme si l'animal voulait, par un ensemble de gestes, imiter l'homme, et cela qu'on ait respecté préalablement les hémisphères ou qu'on les ait auparavant réséqués. La couche optique influence aussi les vaso-moteurs et la sécrétion des larmes. Le rire a donc lieu par l'intermédiaire de la couche optique. Le système des fibres, qui relève de celle-ci, contient des faisceaux excitateurs et coerciteurs; ils servent à transmettre le stimulus cortical et périphérique, provoquant le rire par action réflexe.

Le fou rire accompagnant les affections organiques du cerveau, affections de la région cortico-motrice, il appert que la lésion

locale a été la cause immédiate des stimulus involontaires qui provoquent le rire; ou bien la lésion locale du cerveau, en interrompant les voies de conjonction entre les zones motrices et la couche optique, a empêché l'arrêt volontaire du rire qui, par suite, est devenu inextinguible à la moindre occasion ou sans aucun motif.

Les pleurs inextinguibles provoqués par le stimulus psychique ont pour facteurs : l'action combinée du centre facial de la physionomie (mimique), des centres de la sécrétion lacrymale et des vaso-moteurs. Ce sont encore les couches optiques et les systèmes de fibres qui servent à transmettre et à rassembler les stimulus entraînant les pleurs. La même genèse préside à leur entrée en jeu dans les affections cérébrales, soit par arrêt d'excitations modératrices, soit par action des faisceaux et centres excitateurs des pleurs. P. Keraval.

XXXIII. Tabes ou diabète sucré? par K. Grube. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Observation I. — Tabes au début, avec glycosurie simultanée, mais indépendante, dont les causes restent inconnues. Le régime, le massage, l'électrothérapie font en quatre semaines disparaître le sucre, mais les troubles nerveux persistent. Puis reparaît la glycosurie et les accidents nerveux s'améliorent. Il ne s'agissait donc point d'un tabes au début, l'immobilité pupillaire qui semble un caractère précis de tabes s'observe aussi dans le diabète. — La seconde observation est un exemple de ce genre, sans autre accident de pseudo-tabes; par contre, l'auteur a vu cinq malades, atteints de névrite diabétique dont une affectait tout à fait la forme de névrite ataxique. tandis qu'ils conservaient la mobilité pupillaire. — Enfin voici un symptôme très fréquent dans le vrai tabes, qui, d'ordinaire, y est précoce, et qui manque, dans le pseudo-tabes, ce sont les troubles vésicaux (Obs. III). P. K.

XXXIV. Contribution a l'étiologie de l'encéphalasthénie; par J. Althaus. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Neurasthénie ne signifie rien, dit l'auteur. C'est encéphalasthénie qu'il faut dire. Influence de l'hérédité: prédominance du sexe masculin; âge entre trente et cinquante ans; influence génératrice de l'alcool, de la cocaïne, de la morphine, du chloral, de la syphilis, de certaines maladies infectieuses aiguës, des facteurs psychiques. P. K.

XXXV. Effets tardifs du traumatisme de la moelle chez les mineurs; par Rhys Griffiths. (*British medical journal*, 4 mai 1895.)

Conclusion : Les symptômes de commotion spinale varient en

durée selon l'âge du malade.— La neurasthénie consécutive est de règle. Le cathétérisme est assez rarement nécessaire au bout d'un assez court espace de temps. Les troubles sensoriels persistent longtemps. Les affections organiques de la moelle consécutives à une altération fonctionnelle et moléculaire sont exceptionnelles.

A. M.

XXXVI. Surdité hystérique ou fonctionnelle; par MM. Ransom et Van Dyck. (*British medical journal*, 4 mai 1895.)

Les auteurs, après quelques réflexions relativement à une observation antérieure de Dalby (B. M. J., 16 mars 1895), distinguent la surdité hystérique de la surdité fonctionnelle proprement dite. M. Van Dyck rapporte une observation de surdité fonctionnelle sans la moindre trace d'hystérie proprement dite chez un masturbateur. A. M.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Les hypnotiques somnal et sulfonal; par Memom et Scally. (*Journal of Nervous and Mental Diseases*, juin 1874.)

Le Dr Memom donne le somnal à la dose de 3 à 5 grammes et produit ainsi le sommeil profond de cinq ou six heures. Il s'est surtout bien trouvé de son emploi pour les accidents convulsifs et spasmodiques. Le Dr Scally préconise le sulfonal dans les accès de manie aiguë, de manie récurrente ou épileptique et dans la manie chronique et la mélancolie agitée. A. M.

II. Tumeur sous-corticale traitée par trépanation; par Beevor et Ballance. (*British medical journal*, 5 janvier 1895.)

La paralysie avait envahi successivement le cou-de-pied, le genou puis la hanche droite. Au bout de sept mois elle s'étendait au membre supérieur du même côté; enfin la parole devint difficile, puis on put observer les symptômes classiques de compression intra-cranienne (céphalées, vomissements, névrite optique). L'état mental commençait à s'altérer ainsi que la sensibilité à droite, sauf pour la face. Pas d'antécédents tuberculeux ou syphilitiques. Le traitement spécifique ne fit qu'empirer l'état du malade qui guérit par le trépan (méthode de Horsley). A. M.

III. De la bromaline; par L. Laquer. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Synonyme : bromo-éthylformine.

Formule $(CH^2)^6 Az^4 C^2 H^5 Br$.

Deux grammes de la marque de Merck équivalent à 1 gramme de KBr. Ce sont des folioles incolores, cristallines, aisément solubles dans l'eau, sans saveur désagréable, que l'on peut, sans inconvénient de bromisme, administrer jusqu'à la dose de 8 grammes par jour pendant six semaines contre l'épilepsie. Les résultats semblent bons, si l'on en croit les sept premières observations de l'auteur.

P. K.

IV. Goitre exophtalmique et son traitement par les sucs glandulaires : par David Owen. (*British medical journal*, 16 février 1895.)

L'auteur rectifie une observation de décembre 1893 où il avait relaté une cure par l'alimentation thyroïdienne alors qu'en réalité le boucher avait fourni constamment du thymus. A. M.

V. Traitement familial des aliénés en Ecosse; par le Dr Riggs.

Relation intéressante d'une visite aux localités d'Ecosse, où se trouve appliqué le système du traitement des aliénés dans les familles. Au lieu d'être sous la surveillance d'une commission centrale, comme dans les divers pays où ce système est appliqué, les malades, en Ecosse, sont sous la surveillance des autorités locales. L'auteur estime que, dans l'application de ce système en Amérique, on aura de la peine à rencontrer chez les paysans les qualités d'énergie, de propreté, d'économie, qui sont de tradition chez le paysan écossais. (*American journal of insanity*, janvier 1895.)

E. B.

VI. Sur deux cas de folie avec goitre, traités par l'extrait thyroïdien; par Thomas-Samuel Mac Claughry. (*The Journal of Mental science*, octobre 1894.)

L'auteur se propose d'attirer l'attention sur un mode de traitement qui n'a pas encore été généralement adopté dans les cas de goitre : il rapporte deux observations, toutes deux encourageantes, bien qu'inégales au point de vue des résultats obtenus relativement à l'état mental. La préparation employée dans les deux cas consistait en tablettes contenant chacune cinq grains (30 centigr.) d'extrait thyroïdien.

Observation I. — Il s'agit d'une femme qui a tenté de mettre le feu à sa maison et de tuer son mari et son fils. Après six mois,

pendant lesquels tous les traitements rationnels furent inutilement employés, on se décide à expérimenter le traitement thyroïdien (une tablette après chaque repas). Il existait un goitre volumineux.

Au bout de quinze jours, amélioration marquée de l'état mental et du goitre. Au bout d'un mois l'amélioration s'accentue au double point de vue indiqué. On porte la dose à une tablette et demie par repas. La médication, moins bien supportée, est ensuite suspendue. Au bout de trois mois, on la reprend, et un mois plus tard, la malade est redevenue tout à fait raisonnable; elle parle de ses enfants qu'elle désire revoir, et demande sa sortie. Elle est complètement transformée.

Observation II. — Elle a trait à une femme qui avait commis des actes de violence sur son père et sa mère et qui croyait sa maison entourée d'hommes qui voulaient pénétrer dans son lit. Elle portait un goitre volumineux. Le traitement thyroïdien fut institué : il se montra beaucoup plus efficace que dans le cas précédent au point de vue physique : car le goitre disparut complètement. L'amaigrissement fut aussi beaucoup plus considérable.

R. M. C.

VII. Quelques cas de crétinisme sporadique traités par l'extrait thyroidien ; par Telford Telford-Smith. (*The Journal of mental science*, avril 1895.)

Les cas étudiés par l'auteur sont au nombre de quatre (trois filles et un garçon); ce sont des cas de moyenne intensité, répondant bien aux descriptions classiques qui ont été données du crétinisme sporadique. Chez les quatre malades les résultats du traitement n'ont pas été égaux, mais les effets ont été similaires. L'auteur rapporte avec détail les quatre observations, dans chacune desquelles on note une amélioration plus ou moins marquée. Les principaux points à noter quant aux effets du médicament peuvent se résumer de la façon suivante : Presque dès la première dose, la température commence à s'élever, et elle tend graduellement à se rapprocher de la normale. Après deux ou trois semaines la peau se desquame, surtout au visage et aux extrémités, et prend une teinte plus naturelle; la transpiration devient appréciable. L'état myxœdémateux des tissus sous-cutanés devient moins accusé, et les traits du visage se précisent. L'abdomen est moins saillant, les mains et les pieds perdent un peu leur aspect de pelle, et le poids du sujet diminue : si les doses sont trop élevées cette diminution peut aller jusqu'à l'émaciation. Mais si l'on s'en tient à des doses faibles, la nutrition musculaire paraît s'améliorer ; la taille commence à s'accroître, et si la seconde dentition a été retardée, elle ne tarde pas à apparaître. La sensibilité cutanée se rétablit, et la

constipation disparaît. En même temps on note des modifications dans le tempérament et la manière d'être : l'apathie fait place à une certaine activité spontanée, et l'expression du visage s'éclaire. Les petits malades deviennent joueurs et même malicieux.

Dans ces quatre cas l'auteur a eu plusieurs fois à suspendre l'administration de l'extrait thyroïdien pendant un laps de temps qui a atteint plusieurs mois. Il a constaté pendant ces intervalles que les petits malades revenaient plus ou moins lentement vers leur état antérieur, mais cette régression était plus lente que n'avait été l'amélioration, et l'auteur serait tenté de préciser en disant deux fois plus lente.

C'est sur deux données : la température du soir et l'état de la nutrition générale, — qu'il faut se baser pour régler les doses, avec cette réserve toutefois que l'état de la nutrition est le plus important des deux signes, et que si la perte de poids va ou menace d'aller jusqu'à l'émaciation, la dose du médicament doit être diminuée alors même que la température se maintiendrait notablement au-dessous de la normale.

Il convient de commencer le traitement par de faibles doses, par exemple trois grains (18 centigr.) par jour, pour atteindre progressivement cinq grains (30 centigr.) ou même davantage, suivant les effets observés. Si l'on débute par des doses trop fortes on risque de provoquer des symptômes très accusés de dépression: vomissements, sueurs froides, chute rapide de la température suivie d'une excessive élévation, symptômes d'asthénie cardiaque.

Enfin il paraît démontré que le traitement donne des résultats d'autant plus favorables qu'il est institué à une époque plus voisine du début de la maladie. On se demande si, dans ces conditions, il ne serait pas possible de diagnostiquer la maladie de très bonne heure, même dans la toute première enfance et d'instituer alors un traitement approprié, qui donnerait son maximum de résultats favorables. R. DE MUSGRAVE CLAY.

VIII. QUELQUES EXPÉRIENCES THÉRAPEUTIQUES SUR L'ALIMENTATION THYROÏDIENNE; par Leo STIEGLITZ. (*The New-York Medical Journal*, 4 mai 1895.)

Depuis que le traitement thyroïdien du myxœdème a montré dans quelle large mesure la glande thyroïde agit sur l'état trophique de la peau et influence le système nerveux, on a expérimenté cette médication dans diverses affections cutanées et nerveuses. Les remarquables effets obtenus par ce traitement sur la croissance des cheveux et des ongles dans le myxœdème a poussé l'auteur à l'essayer dans une maladie des ongles dont la cause locale n'a pu être précisée. Il s'agissait d'une jeune fille de vingt-deux ans, dont les ongles étaient comme mortifiés et d'une teinte

brunâtre : ils étaient en même temps rugueux, irréguliers, courts et émoussés comme s'ils avaient été retardés dans leur croissance ; sur ceux qui étaient le moins atteints, l'affection n'envahissait qu'une partie de l'ongle suivant une section longitudinale, et la partie malade était séparée de la partie saine par un sillon longitudinal ; les ongles les moins malades sont friables et tachetés. — Ceux des pieds présentent les mêmes symptômes. Le traitement thyroïdien est institué et toléré sans accident ni incident. A la fin d'octobre, après quatre semaines de traitement, la malade perd ses ongles et une partie de ses cheveux ; à la fin de décembre, des ongles absolument normaux avaient remplacé les ongles malades, et la chevelure, déjà très abondante avant sa chute, devenait absolument luxuriante. La suspension du traitement amena un commencement de récidive, qui céda promptement à la reprise de la médication.

La sœur de cette malade, âgée de dix-sept ans présentait à l'ongle du pouce droit les mêmes symptômes que ceux qu'on avait observés chez la première malade, c'était le seul ongle qui fût atteint. Le traitement, ayant causé des nausées, fut abandonné, mais il put être repris un peu plus tard sans inconvénient, et donna cette fois encore les résultats espérés.

Le troisième cas rapporté par l'auteur est un cas de sclérodermie circonscrite, siégeant à la jambe droite depuis la cheville jusqu'au genou. Quelques îlots de sclérodermie s'observaient autour du siège principal de la maladie, montrant diverses phases de l'évolution de la lésion cutanée, et rendant le diagnostic absolument certain. Le traitement thyroïdien, longtemps continué, a donné chez cette malade une amélioration qui équivaut presque la guérison.

La quatrième et dernière observation a trait à un cas d'hémiatrophie progressive de la face. Les spasmes musculaires de la face ont tout d'abord presque complètement disparu, mais ils ont reparu, et dernièrement, il a semblé que leur disparition et leur réapparition étaient indépendantes des interruptions de traitement. L'hémiatrophie n'a paru subir aucune modification.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. SUR LE TRAITEMENT THYROÏDIEN, SON HISTOIRE ET SON EMPLOI EN MÉDECINE INTERNE; par S.-J. METLZER. (*The-New York medical journal*, 25 mai 1895.)

Après avoir débuté par un historique bien fait du traitement thyroïdien, l'auteur fait remarquer que le principe thérapeutique de ce traitement diffère en un point important du principe des extraits animaux, des antitoxines; celles-ci en effet sont détruites par la digestion et par la chaleur, ce qui n'est pas le cas pour les préparations thyroïdiennes.

Le traitement thyroïdien est spécifique dans tous les états pathologiques relevant d'un défaut ou d'une insuffisance d'action du corps thyroïde ; ces états pathologiques sont : 1° le myxœdème acquis des adultes ; 2° le myxœdème acquis par opération ; 3° le myxœdème congénital ou acquis dans la première enfance (crétinisme). Dans les trois cas, la médication thyroïdienne donne d'excellents résultats ; mais l'auteur s'occupe surtout ici du myxœdème acquis des adultes. Dans cette forme de myxœdème, les résultats sont tellement certains que, si la médication échoue, on est à peu près autorisé à conclure soit à une erreur de diagnostic, soit à une fausse manœuvre dans l'administration de l'agent thérapeutique.

Il va de soi que lorsque l'on parle de « guérison » par la médication thyroïdienne, il ne s'agit pas d'une cure radicale : il est au contraire nécessaire de continuer le traitement, bien qu'à des intervalles de plus en plus éloignés, si l'on veut assurer la permanence des résultats obtenus. Suivant l'auteur, les doses devraient être plus fortes, et les intervalles du traitement moins longs pendant l'hiver que pendant l'été.

On admet généralement que l'augmentation du poids du sujet est une indication de reprendre le traitement ; mais cela n'est certainement pas vrai pour tous les cas ; l'auteur attacherait volontiers plus d'importance à la sensation du froid comme symptôme de réapparition du myxœdème.

Quant au mode pharmaceutique de préparation, la substance tyroïdienne pulvérisée est aujoud'hui considérée comme la forme qui doit être préférée ; on peut ainsi la doser à volonté en cachets ou en capsules. La dose d'ailleurs est loin d'être indifférente : il est absolument démontré que l'alimentation thyroïdienne peut donner lieu à de graves désordres ; mais ces désordres ont surtout été observés dans les périodes de tâtonnement de cette nouvelle médication, et ils paraissent avoir été presque constamment dus à l'emploi de doses trop élevées : les symptômes dangereux consistent surtout en crises de sténocardie, avec rapidité et faiblesse du pouls, et prostration extrême ; cet état de faiblesse peut durer plusieurs jours. Mais l'auteur est d'avis que l'on peut sûrement éviter ces effets fâcheux, en apportant à l'administration des premières doses de la prudence et de la réserve, et en se guidant, pour les augmenter, sur l'observation du pouls et de la température. En agissant avec prudence, les phénomènes les plus sérieux que l'on puisse observer sont des vomissements, de l'asthénie musculaire, de l'oppression précordiale et du tremblement, phénomènes d'ailleurs qui disparaissent rapidement sous l'influence de la suspension du traitement et du repos au lit. Il est toutefois quelques ennuis que la plus grande réserve dans le traitement ne saurait éviter, par exemple l'accélération du pouls, la fatigue, le

léger tremblement des membres, la céphalalgie, les douleurs musculaires généralisées, et quelquefois, même avec de très faibles doses, de fort incommodes poussées d'urticaire.

L'auteur a remarqué que l'accoutumance au traitement thyroïdien s'établissait parfois assez vite, diminuant ainsi l'effet de doses même très actives : on voit alors reparaître les symptômes myxœdémateux ; mais en ce cas, une suspension de quelques jours rendra à l'agent thérapeutique toute son énergie primitive.

L'auteur rapporte ensuite l'observation d'un cas de crétinisme qu'il soumet actuellement au traitement thyroïdien, avec une amélioration tout juste appréciable au point de vue mental, mais extrêmement frappante au point de vue physique.

On peut dire que les trois groupes de symptômes fondamentaux du myxœdème (modifications de la peau — modifications du tissu sous-cutané — modifications de l'activité normale du système nerveux) subissent une atténuation marquée sous l'influence du traitement thyroïdien ; on est ainsi amené à se demander si ces symptômes ne seraient pas également modifiés lorsqu'ils se rencontrent isolément dans d'autres maladies que le myxœdème ; l'événement a justifié cette prévision théorique dans une certaine mesure en ce qui concerne les dermatoses et certaines névroses, et d'une façon beaucoup plus formelle en ce qui concerne l'obésité, contre laquelle le traitement thyroïdien constituerait, suivant l'auteur, le remède non infaillible, mais du moins le plus efficace. Il faut toutefois se souvenir que les obèses, pressés de maigrir et d'ailleurs séduits par les premiers résultats ont une dangereuse tendance à augmenter trop rapidement les doses du médicament et doivent être étroitement surveillés à cet égard, si l'on veut se mettre à l'abri des accidents. Les premiers symptômes que l'on voit s'amender chez les obèses sous l'influence du traitement thyroïdien sont la dyspnée et les palpitations ; l'auteur en conclut avec vraisemblance que l'action du médicament s'exerce d'abord sur le cœur, et que l'on peut l'utiliser dans les cas de surcharge graisseuse du cœur : c'est d'ailleurs ce qu'il a fait avec succès, et il rapporte, à l'appui de cette manière de voir, une intéressante observation. R DE MUSGRAVE CLAY.

X. TÉTANIE TRAITÉE PAR L'EXTRAIT THYROÏDIEN ; par BYRON BRAMWELL, d'Edimbourg. (*British medical journal*, 1er juin 1895.)

Il est question dans l'observation d'un cas de tétanie consécutif à l'extirpation de la glande thyroïde. Le traitement institué fut l'extrait thyroïdien à forte dose, la guérison s'ensuivit. L'auteur propose d'étendre la méthode aux tétanies autres de l'enfance et de l'âge adulte. Dr A. M.

XI. Maladie d'Addision et son traitement par l'extrait de glande surrénale; par Lloyd Jones. (*British medical journal*, 24 août 1895.)

L'auteur rapporte l'histoire d'une femme dont l'affection semble remonter à vingt-cinq années environ, à la naissance d'un premier enfant.

Elle fut traitée par le lait peptonisé, les tablettes d'extrait surrénal, trois par jour, et l'iodure de mercure. En trois mois la malade revint à la santé, put s'alimenter comme tout le monde et perdit sa pigmentation anormale. Dans une étude de Georges Oliver sur l'emploi thérapeutique des glandes surrénales (*B. m. j.*, 14 septembre 1895), l'auteur confirme l'action thérapeutique effective et a donné comme mécanisme l'action constrictive et vaso-tonique d'un produit spécial de la glande et dérivé du sang. A. Marie.

XII. Sur la nécessité de pourvoir d'une manière spéciale au traitement des dégénérés; par Jules Morel (de Gand). (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

L'obligation de pourvoir à l'entretien et à l'assistance des aliénés est considérée par tous comme impérieuse; elle ne l'est pas moins à l'égard des dégénérés qui sont la véritable pépinière du crime et de la folie.

En organisant des établissements spéciaux pour réunir et traiter les dégénérés, la société poursuivrait et atteindrait un triple but: 1° elle se préserverait elle-même et réduirait le nombre des crimes; 2° elle protégerait les dégénérés eux-mêmes; 3° elle diminuerait notablement les vices sociaux, tels que l'intempérance, le vagabondage, la débauche, qui trop souvent aboutissent au crime.

R. M. C.

XIII. Sur les variétés de la dégénérescence et leur traitement; par le Dr Hallervorden. (*Allg. Zeitscr. f. Psychiat.*, t. LII, f. 1.)

Les aliénistes tendent actuellement à considérer le crime comme une manifestation de la dégénérescence; le vagabondage, la prostitution, seraient également des produits de dégénérescence. Des considérations théoriques et pratiques avaient déjà conduit l'auteur, il y a plus de huit ans, à regarder les criminels, les hôtes des maisons de correction, les vagabonds et les prostituées comme des *aliénées dépravées*, et à proposer des mesures inspirées par cette conception. Un premier pas a été fait par le conseil provincial de la Prusse orientale qui a décidé (1895) de réserver un pavillon séparé de la maison de correction de la province aux criminels aliénés.

En 1887, le ministre de l'Intérieur de Prusse adressait aux directeurs des asiles d'aliénés une circulaire les invitant à faire connaître quelles étaient les mesures prises où à prendre pour assurer la détention dans les asiles publics des aliénés criminels. L'auteur y répondit par les propositions suivantes :

1° Les détenus aliénés cessent, aussitôt qu'ils présentent des troubles psychiques, d'appartenir aux établissements pénitentiaires de l'État. Ils doivent être rendus à la province.

2° Leur séjour dans un asile d'aliénés est, d'autre part, une source d'inconvénients pour le repos des autres malades et pour le régime normal de l'établissement. Ils peuvent s'en évader, y commettre de nouveaux crimes. Il convient donc de ne pas les admettre dans les asiles provinciaux, mais de les interner dans un autre établissement.

3° C'est à tort que la plupart des auteurs qui ont étudié la question, ont à peine mentionné les vagabonds, et consacré leurs travaux aux criminels. Les vagabonds sont assez nombreux dans les asiles de province. A Kortau, qui ne compte pas 400 malades, il existait en 1887, 16 malades criminels et 10 vagabonds. Ces derniers ont une influence fâcheuse au point de vue du bon ordre de l'établissement. Parmi les criminels, il n'y a que les criminels d'habitude qui ont une action néfaste pour ce qui est du maintien de la discipline; tandis que les vagabonds, qu'ils viennent ou non d'une maison correctionnelle, constituent un élément de désordre, cherchent à s'évader, donnent de mauvais exemples, excitent les aliénés, etc. Ajoutons que la plupart des femmes vagabondes sont des prostituées, dont le contact est pénible pour des femmes bien élevées.

4° La solution de la question se trouve dans l'aménagement d'un quartier spécial d'aliénés dans l'établissement provincial de correction. Dans cette section seront placés les aliénés qui ont été auparavant des criminels, des délinquants, des vagabonds ainsi que les prostituées aliénées. Ces divers éléments constituent par le danger qu'ils font courir aux autres malades, au bon ordre de l'asile et à la société — par la conformité de leur constitution psychique — par la similitude de leur situation sociale — par leur incurabilité, — enfin par la nécessité d'avoir pour eux une installation spéciale, ces éléments constituent un groupe à part. Enlevés à l'asile d'aliénés, ces malades doivent naturellement être rattachés à un établissement pénitencier.

Le Conseil provincial, à la suite d'une campagne menée par l'auteur, a adopté le projet de création d'un pavillon spécial destiné à 50 criminels aliénés, pavillon qui sera annexé à la maison de correction de Tapiau. Les frais sont évalués à 130,208 M.

P. Sérieux.

XIV. Traitement chirurgical de la folie; par Macpherson. (*Edinburg Hospital Reports*, t. III, 1895.)

Après un court historique où il rappelle les pièces curieuses des stations paléolithiques, démontrant la fréquente pratique préhistorique du trépan comme usage à la fois thérapeutique et religieux, l'auteur s'appuyant sur les principes généraux de la physiologie et de la pathologie cérébrales, fait ressortir la légitimité théorique d'une intervention qui modifie sûrement et d'une façon profonde l'état de la circulation intracranienne et par suite de la tension cérébrale. La mentalité étant visiblement dépendante de l'état de tension vaso-motrice plus ou moins grande du cerveau, doit être modifiée en meme temps que cette tension, d'où des indications thérapeutiques possibles du trépan en aliénation mentale. Tout d'abord l'auteur passe en revue les tentatives faites pour la cure de l'idiotie et de l'imbécillité ; les cas de Lannelongue, King, Horsley, Park et Agnew, ainsi que ceux de Keen et Miriar sont rappelés; mais l'auteur, en dépit des pourcentages parfois encourageants, termine sur l'impression que lui a laissée la visite du musée de Bicêtre et des pièces démonstratives recueillies par M. Bourneville. Après l'examen de ces pièces il convient qu'il y a peu d'illusions à conserver sur l'opportunité des trépanations et craniectomies dans l'idiotie microcéphalique.

Pour les troubles mentaux d'origine traumatique en revanche, les résultats de l'intervention chirurgicale sont plus encourageants surtout si l'on admet avec l'auteur que 2 p. 100 des cas d'aliénation sont d'origine traumatique. Rappelant les cas de Starr, Keen et Mackensie Bacon, M. Macpherson montre l'importance curative du trépan appuyé sur la topographie cranio-cérébrale de plus en plus précise, en ce qui concerne la cure des épilepsies jacksonniennes avec ou sans troubles mentaux consécutifs (la cure des troubles mentaux eux-mêmes étant subordonnée au temps plus ou moins long ayant précédé leur apparition.

Reste la paralysie générale pour laquelle des tentatives ont été faites en Angleterre comme en France (Dr Rey). M. Macpherson rapporte les cas de Shaw Batty Tuke et Wallace, ce dernier ayant opéré dans le service de Stirling dont l'auteur est superintendant.

Trois cas sur douze furent non pas guéris, mais arrêtés dans leur évolution, sortes de rémissions de paralysie générale. Enfin, conformément aux vues hardies émises par Burckardt au congrès de Berlin, l'auteur rappelle les tentatives d'exploration chirurgicale proposées pour la folie chronique proprement dite sans lésions ni localisation établie. Quatre observations de malades opérés dans ces conditions dans son service donnent deux améliorations et une guérison pour un décès.

Néanmoins l'auteur conclut à l'opportunité discutable de telles

interventions et pense que la question doit être réservée, la physiologie cérébrale et les localisations pas plus que la chirurgie cranio-cérébrale et la médecine mentale n'ayant dit leur dernier mot.

A. MARIE.

XV. SUR LA TRÉPANATION DANS LA MÉNINGITE, AVEC UNE OBSERVATION; par John KEAY (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894).

Il s'agit d'un cas de lepto-méningite diffuse, suppurante, ayant son origine dans l'oreille moyenne, et s'étant propagé par infection aux méninges basilaires, et, par l'effet combiné de l'infection et de la pesanteur, jusqu'aux enveloppes de la moelle. L'opération pratiquée *in extremis* fut suivie de mort; on l'avait tentée comme dernière ressource, mais elle ne saurait avoir de chances réelles de succès que lorsqu'elle est pratiquée de très bonne heure.

R. M. C.

XVI. KYSTE TRAUMATIQUE DU CERVEAU CONSÉCUTIF A UNE LÉSION DATANT DE VINGT-CINQ ANS : ÉPILEPSIE; OPÉRATION; GUÉRISON; PAR J.-T. ESKRIDGE et F.-F. MAC-NAUGHT. (*The New-York Medical Journal*, 1er juin 1895.)

Le sujet est un homme de trente-cinq ans, sans antécédents personnels ou héréditaires; à l'âge de neuf ans, il reçut un coup de pied de cheval à la région sus-orbitaire gauche; le crâne fut fracturé, et une quantité assez considérable de substance cérébrale sortit par la plaie. Le malade demeura inconscient durant vingt minutes environ : l'os déprimé ne fut pas relevé, mais le médecin, après avoir introduit le doigt dans la plaie, pénétrant ainsi dans le cerveau, pratiqua la suture des parties molles : c'est alors que le blessé recouvra une conscience apparente, mais son intelligence resta obtuse, et sa mémoire, du moins en ce qui touche l'accident et ses suites, fut sérieusement atteinte, car il ne se souvient aucunement, ni du traumatisme lui-même, ni d'aucun des événements de sa vie pendant les onze premiers mois qui l'ont suivi : sa santé se maintint bonne jusqu'à l'âge de dix-neuf ans, époque à laquelle, s'étant exposé aux rayons d'un soleil très vif, il commença à se plaindre de céphalalgie et à présenter des périodes d'inconscience, durant lesquelles il était privé de l'usage de la parole, et qui, une fois au moins, se renouvelèrent en série durant plusieurs jours consécutifs; il reprit ensuite sa santé ordinaire, et depuis l'âge de dix-neuf ans jusqu'au moment où l'auteur l'examina, il n'eut que trois crises convulsives, provoquées par de légers excès alcooliques ou par une insolation.

A la fin de 1894, âgé alors de trente-cinq ans environ, après un nouvel excès alcoolique, le malade fut pris d'une crise convulsive grave et demeura inconscient pendant trente-six heures; le len-

demain soir, deux crises convulsives; le troisième jour, onze crises; le quatrième jour, quinze. Toutes ces crises furent violentes, et durant leurs intervalles, la conscience ne reparut pas un seu instant. Après leur cessation, il redevint à demi conscient, demeurant toutefois en état de somnolence et ne répondant que fort mal aux questions qu'on lui posait. Le réflexe du genou était exagéré, un peu plus à gauche qu'à droite, les réflexes plantaires étaient conservés, mais peu marqués. Les réflexes crémastériens et abdominaux manquaient : les réflexes profonds des bras étaient à peu près normaux. Il n'y avait ni parésie, ni paralysie d'aucun muscle; aucun nerf cranien ne paraissait intéressé. La vision paraissait parfaite, et l'examen ophtalmoscopique ne révélait aucune altération de la rétine, ni du nerf optique. La céphalalgie était continue et siégeait à la région frontale gauche. L'hébétude mentale était très accusée; en somme, on paraissait avoir affaire à une méningite localisée, ayant pour cause la dépression osseuse. Une opération, au moins exploratrice, fut proposée, acceptée par la famille, et pratiquée par le Dr Mac-Naught.

L'os était déprimé, et l'ouverture osseuse recouverte par une membrane fibreuse très dense. La dissection des parties montra une fracture triangulaire; la base du triangle osseux avait pénétré profondément dans le tissu cérébral, formant presque un angle droit avec le crâne; au-dessous de l'os ainsi déprimé, et en rapport avec lui, apparaissait un kyste ; une couronne de trépan fut appliquée à un pouce environ en arrière de la base de la fracture, et une rondelle d'os normal fut enlevée. A l'aide de la pince à séquestres, le fragment d'os déprimé fut ébranlé, mais à ce moment survinrent des phénomènes convulsifs très nets, envahissant les muscles des extrémités aussi bien que ceux de la face. Enfin l'ablation du fragment osseux mit à nu un kyste volumineux qui occupait dans le lobe frontal une surface mesurant environ deux pouces et demi dans le sens longitudinal et de un pouce et demi à deux pouces dans le sens transversal. Le contenu de ce kyste était un liquide aqueux, de coloration jaune paille; ses parois étaient résistantes et de nature fibreuse. Après évacuation de son contenu, la cavité kystique fut bourrée de gaze iodoformée, et la plaie fut fermée et suturée : on ménagea toutefois une ouverture suffisante pour pouvoir renouveler le tamponnement à la gaze. Au bout de quatre jours, à l'enlèvement du pansement et de la gaze, la cavité du kyste était réduite de moitié, et au bout de huit jours, après un nouveau tamponnement, elle était à peu près complètement effacée. L'état mental du malade s'était rapidement amélioré dès le deuxième ou le troisième jour après l'opération.

Revu sept mois après, le malade est très bien portant, ne se plaint plus de céphalalgie, et sa mémoire et son attention sont nettement améliorées; mais dès qu'il se livre à un très léger excès alcoolique

(deux ou trois verres de whisky), il est repris de céphalalgie et de convulsions : celles-ci, toutefois, sont beaucoup plus faibles que dans les crises anté-opératoires.

La réapparition des convulsions chez ce malade nous enseigne que, lors même que la cause épileptogène n'existe plus, les crises peuvent reparaître sous l'influence d'excitations insignifiantes. Il est probable que la présence prolongée d'un corps étranger (esquille ou tumeur), dans la substance cérébrale, donne lieu, dans le tissu nerveux périphérique, à des modifications de structure qui altèrent le fonctionnement cellulaire normal dans le cerveau tout entier, et qu'il en résulte un affaiblissement et une instabilité du cerveau capables de survivre à l'ablation de l'agent perturbateur.

D'autre part, lorsque le corps étranger est en contact avec les méninges, l'inflammation et l'épaississement de ces membranes ne disparaissent évidemment pas avec lui. Enfin, ce cas nous montre encore qu'après que le cerveau a été libéré de la violence subie, il faut mettre le malade à l'abri des moindres causes d'excitation, celles-ci pouvant trop aisément provoquer la réapparition des crises convulsives. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XVII. UN CAS D'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE : CESSATION DES ATTAQUES APRÈS L'OPÉRATION DU TRÉPAN ; par CUNNINGHAM. (*The New-York Medical Jour.*, 7 juillet 1894.)

Voici le résumé de cette intéressante observation : il s'agit d'un mineur nègre, âgé de trente ans, sans antécédents pathologiques ou névropathiques, qui fut frappé avec une brique à la partie antérieure gauche de la tête : quatre jours après, en reprenant connaissance, il constate qu'il ne peut mouvoir que très imparfaitement le bras et les doigts du côté droit, et guère mieux la jambe droite. Il comprenait ce qu'on lui disait, mais ne pouvait pas parler : il avait de fréquents mouvements spasmodiques affectant surtout le bras, l'avant-bras, l'épaule, la face, et plus rarement la jambe du côté droit. Six jours après l'accident, une opération est pratiquée « à cause d'un os qui comprimait le cerveau », et le malade recouvre progressivement et à peu près complètement la parole et le mouvement; mais les crises spasmodiques subsistent environ deux fois par semaine : la céphalalgie, pas très fréquente, est modérée et siège principalement au niveau de la cicatrice. L'attaque spasmodique a été soigneusement observée : elle débute de deux manières; la première forme de début, qui est de beaucoup la plus ordinaire, est caractérisée par de l'engourdissement et du picotement à la main droite, surtout au pouce et à l'index; quelques secondes après le pouce rentre, et dans un délai rigoureux de quinze secondes on voit apparaître des mouvements convulsifs de nature alternativement tonique et clonique, débutant dans la main

et se propageant à l'avant-bras, au bras, à l'épaule et à la face. La tête et les yeux sont tournés à droite. La parole est abolie; mais la conscience, l'intelligence et le pouvoir d'exprimer les idées par des gestes de la main gauche sont conservés. Ni le membre inférieur droit, ni les membres inférieur et supérieur gauches ne participent à l'état convulsif. Il est arrivé quelquefois, cependant, que la jambe droite et le bras gauche ont été envahis, mais jamais la conscience n'a été abolie. — Enfin, dans l'ordre chronologique, autant qu'on a pu l'observer, on a constaté successivement la perte du sens musculaire, l'anesthésie au toucher, l'analgésie, la perte du sens de la température, celle-ci surtout accusée à la main et à tout le côté droit de la face. — Au bout de cinq minutes, tous les mouvements musculaires disparaissent, et il subsiste de la parésie pendant un quart d'heure. Les phénomènes disparaissent dans l'ordre suivant : l'aphasie au bout de trois minutes, la perte de sens de la température au bout de cinq minutes, l'analgésie au bout de huit, l'anesthésie au toucher au bout de dix, le sens musculaire au bout de treize; enfin, après un quart d'heure, le malade peut remuer tout le bras droit, malgré un engourdissement et une raideur qui persistent environ une demi-heure. — Dans le second mode de début, le plus rare, c'est une sensation de crampe épigastrique, promptement suivie de la perte de la parole, qui ouvre la scène : le reste se passe comme il a été dit plus haut.

Ces symptômes ayant paru se rattacher à une lésion des méninges caractérisée par un épaississement, avec adhérences des membranes, soit entre elles, soit avec l'écorce cérébrale, on décide d'avoir recours à la trépanation. On trouve, en effet, les méninges épaissies, adhérentes entre elles et, en un point, à l'extrémité inférieure de la circonvolution centrale antérieure. Le lendemain de l'opération, il y eut encore une petite attaque d'épilepsie jacksonnienne, mais il n'y en a plus eu depuis. Les suites de l'opération ont été normales et bénignes.

L'auteur fait remarquer en terminant combien les cas de ce genre sont instructifs, car non seulement ils révèlent clairement les propriétés *sensitivo-motrices* de l'aire dite motrice de l'écorce cérébrale, mais ils peuvent encore nous fournir le moyen de préciser les fonctions exactes des différents plans cellulaires de la substance grise corticale, dont chaque couche, ainsi que le pensent Horsley et plusieurs autres auteurs, possède probablement une fonction qui lui est propre. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XVIII. DEUX OPÉRATIONS SUIVIES DE SUCCÈS DANS LA FOLIE TRAUMATIQUE, AVEC COMMENTAIRES ; par George W. CALE. (*The New-York Medical Journal*, 12 octobre 1895.)

Les cas de folie consécutive à un traumatisme de la tête ne sont

pas très communs. La méningite chronique et l'encéphalite jouent d'ordinaire un rôle important dans la production de la folie traumatique, et les deux lésions accompagnent assez souvent les inflammations de la voûte du crâne : c'est souvent pendant ou après la guérison de la plaie que l'on voit apparaître les symptômes d'aliénation mentale. Quelquefois aussi, un traumatisme, même grave, ne donne pas lieu directement à la production d'une affection mentale, mais il fait du cerveau un *locus minoris resistentiæ*. La folie, en ce cas, peut être provoquée par toute cause capable d'abaisser la tension vaso-motrice : elle peut revêtir des formes très diverses.

L'auteur a observé, et il rapporte, deux cas de folie traumatique dans lesquels une intervention chirurgicale a donné de très heureux résultats.

Observation I. — Homme de vingt-six ans, charpentier. Pas d'hérédité. — Traumatisme à la tête (coup de bâton) : plaie siégeant à peu près à égale distance de la scissure de Rolando et de la protubérance occipitale externe, un peu à gauche de la ligne médiane : réunion après trois mois de suppuration. Quatre ans plus tard, douleur vive dans les régions pariétale et occipitale gauches : attaque de petit mal ; changement très accentué du caractère qui devient ombrageux, soupçonneux ; idées de persécution : tendance à mentir, même alors que son intérêt manifeste est d'être sincère. Séjour de seize mois dans un asile ; puis retour dans la famille, suivi dix mois plus tard d'un nouvel internement de cinq mois. Nouvelle sortie, suivie de réintégration au bout d'un mois. Une opération est décidée et pratiquée au niveau de la cicatrice. L'os est légèrement déprimé ainsi que la portion correspondante de la table interne. La dure-mère paraît normale ; la plaie es refermée et drainée au catgut. A peine sorti du sommeil chloroformique, le malade présente des signes évidents d'amélioration ; la céphalalgie a disparu, et le malade est redevenu gai. La guérison s'est poursuivie sans interruption. — Ce cas est remarquable par la tardive apparition des troubles mentaux, et l'absence de toute lésion pathologique, au moins d'ordre macroscopique.

Observation II. — Manie aiguë consécutive à un traumatisme. Il s'agit d'un charpentier de trente-trois ans, qui reçut une brique sur la tête, au niveau de la ligne interauriculaire. Le choc le renversa, et il demeura inconscient pendant deux heures. Au réveil il fut pris d'excitation maniaque. Il se plaignait d'une céphalalgie constante ayant son maximum à la base du cerveau, et quelques jours après l'accident sa vue s'affaiblit notablement. Cet état dura environ quatre jours. Il eut plusieurs attaques de manie plus douce que la moindre excitation suffisait à provoquer. Il était fort agité la nuit, et les hypnotiques demeuraient presque sans effet. Une opération fut pratiquée : il n'y avait pas d'adhérences, mais la

dure-mère était un peu congestionnée. La guérison a marché régulièrement, et le malade a repris son travail.

Chez ces deux malades, le temps qui s'est actuellement écoulé depuis l'opération permet d'affirmer la solidité de la guérison.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XIX. SUR LE TRAITEMENT SÉPARÉ DES CAS RÉCENTS ET CURABLES D'ALIÉNATION MENTALE DANS DES HOPITAUX DÉTACHÉS ET SPÉCIAUX; par John A. WALLIS. (*The journal of Mental Science*, juillet 1894.)

Dans ce travail, accompagné de deux plans, l'auteur entre dans des détails étendus sur la disposition qu'il conviendrait de donner aux hôpitaux en question. Il insiste une fois de plus sur les avantages de toute nature qu'il y aurait à séparer les aliénés curables de ceux dont la guérison ne peut plus être espérée. R. M. C.

XX. TRÉPANATION DANS UN CAS D'ÉPILEPSIE; observation clinique); par T. DUNCAN GREENLEES. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1894.)

Il s'agit d'une femme de trente-neuf ans, non mariée, entrée à l'asile de Grahamstown (Afrique du Sud) et atteinte de manie épileptique. Hérédité névropathique. Irrégularité de la menstruation. Traumatisme accidentel à la tête, avec perte de connaissance consécutive de courte durée : retour à la santé normale. Onze mois avant l'admission à l'asile, attaque d'épilepsie : depuis cette époque retour plus ou moins fréquent d'attaques d'épilepsie plus ou moins intenses. Presque simultanément à la première attaque, apparition de troubles mentaux d'abord légers, et aboutissant à des hallucinations et à des phénomènes d'excitation : aggravation de ces symptômes au moment des règles : à la dernière époque menstruelle elle se croyait morte, refusait de se laisser toucher, et de manger : elle croyait aussi avoir commis le « péché impardonnable » et être devenue enceinte. Les attaques d'épilepsie reparaissent à des intervalles plus ou moins éloignés, mais aucune d'elle ne paraît s'accompagner d'une perte absolue de conscience. L'aura paraît consister en une sorte de frémissement de la langue.

A l'entrée de la malade à l'asile on note un léger état de dépression et d'irritabilité : on ne constate aucune affection organique. Les attaques sont assez fréquentes ; la malade refuse de manger, prenant pour de la chair humaine les aliments qu'on lui présente. Une légère amélioration se produit dans la santé générale, et son père qui vient la voir accepte volontiers l'idée d'une opération. On décide d'appliquer une couronne de trépan au niveau du traumatisme ancien, dont la trace demeure apparente, c'est-à-dire dans la région correspondante à la partie moyenne et supérieure de la

circonvolution frontale ascendante du côté droit. La dure-mère est épaissie, elle fait saillie hors de l'ouverture osseuse, mais l'aiguille du trocart introduite dans différentes directions ne donne ni liquide, ni pus. La couche corticale, mise à nu par le détachement des membranes, on prélève, en vue de l'examen histologique un fragment de la dure-mère, et on referme la plaie par la méthode ordinaire. La cicatrisation s'effectue rapidement, sans suppuration.

L'opération donna d'abord un résultat satisfaisant et une semaine entière se passa sans attaque épileptique. Les crises reparurent bientôt, mais moins fréquentes et moins intenses : l'état mental était sensiblement amélioré. La céphalalgie, surtout nocturne se manifesta de nouveau. Peu à peu les crises d'épilepsie reprirent leur fréquence ancienne.

On en conclut que si l'opération n'avait pas amené la guérison espérée, elle avait du moins précisé la cause des attaques, à savoir : la compression exercée sur l'écorce cérébrale par la dure-mère considérablement épaissie : cet épaississement paraissant s'étendre bien au-delà du territoire mis à nu par la trépanation, on jugea qu'une seconde opération était indiquée ; mais avant d'y avoir recours, et en tenant compte des lésions histologiques de la dure-mère et particulièrement de l'existence de l'endartérite, on crut devoir instituer un traitement antisyphilitique, dont les excellents résultats ne se firent pas attendre, et paraissent à l'heure actuelle devoir être définitifs.

L'auteur termine ce mémoire par les considérations suivantes, dans lesquelles il est conduit par son entière confiance dans la moralité de la malade à émettre une hypothèse du moins discutable, sur le réveil tardif (la malade avait trente-neuf ans) de la syphilis infantile par un traumatisme.

« Il semble, quand nous considérons le résultat du traitement que nous soyons forcés de considérer le cas qui vient d'être rapporté comme un cas d'épaississement syphilitique de la dure-mère. La moralité de la malade exclut la probabilité d'une syphilis acquise à l'âge adulte, mais on m'apprend que la syphilis est très souvent communiquée dans l'enfance par des nourrices indigènes.

« Le point intéressant de cette observation, c'est que le traumatisme, subi à l'âge adulte, paraît avoir pour ainsi dire réveillé le virus spécifique latent, si bien que les conséquences inflammatoires de la lésion, survenant chez un sujet syphilitique, ont pu être effectivement guéries par un traitement antisyphilitique : ainsi l'opération, dans ce cas, ne nous a rendu d'autre service que de nous mettre sur la bonne piste ; — le diagnostic une fois confirmé par l'examen microscopique, le traitement devenait simple, et il a donné les résultats les plus satisfaisants. »

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXI. Tumeur cérébrale; opération suivie de succès; par Charles L. Dana et J.-R. Conway. (*The New-York medical Journal*, 22 juin 1895.)

Il s'agit d'un malade atteint d'épilepsie jacksonnienne, de paralysie du bras gauche avec troubles de la sensibilité, de céphalalgie et de névrite optique. L'analyse des symptômes révélait nettement l'existence d'une tumeur cérébrale et permettait de les localiser. La paralysie du bras gauche et les troubles sensoriels dont il était le siège, alors que la face et la jambe n'étaient que très légèrement affectés, rendaient facile à diagnostiquer une lésion du centre brachial de l'hémisphère cérébral droit. La douleur et la paresthésie ainsi que les mouvements convulsifs initiaux débutent par les doigts, il devenait clair que les centres de la main et des doigts étaient atteints; et l'on pouvait dès lors diagnostiquer une tumeur intéressant les centres du bras et de la main.

Le malade ayant présenté des convulsions et de la céphalalgie avant tout autre symptôme localisateur, il paraissait probable que la tumeur était située en avant des centres moteurs, qu'elle ne devait atteindre que secondairement.

L'âge du sujet (16 ans), l'absence de tout phénomène syphilitique ou tuberculeux, aussi bien que la marche assez rapide de la tumeur amenèrent l'auteur à penser qu'il s'agissait d'un gliome ou d'un glio-sarcome.

L'opération fut pratiquée par le Dr Conway. Une couronne de trépan d'environ trois quarts de pouce de diamètre, fut appliquée, ne perforant qu'avec une grande difficulté l'os très épaissi. En enlevant la rondelle, on constate l'adhérence de la dure-mère L'ouverture fut agrandie et son diamètre atteignit ainsi près de deux pouces, car il était devenu évident que la tumeur occupait une surface considérable : mise à nu, cette tumeur se présenta sous l'aspect d'une masse aplatie, résistante, de nature fibreuse ; elle adhérait si étroitement à la substance grise qu'une petite partie de celle-ci suivit la tumeur au moment de l'ouverture, on put constater que le néoplasme s'étendait assez loin dans cette direction ; mais comme la portion enlevée mesurait deux pouces un quart sur deux pouces et que le malade s'affaiblissait visiblement, on ne jugea pas à propos de poursuivre l'ablation totale. Trois heures après l'opération, le malade eut une crise de convulsions généralisées. Fermée par les procédés ordinaires, la plaie guérit bien.

Vingt-trois jours après l'opération, l'intelligence était tout à fait lucide, la céphalalgie avait disparu et la convalescence était confirmée.

A cette date on constate l'état suivant : la parésie de la face, l'état de la jambe ne sont pas modifiés; le bras gauche se meut plus librement ; ses mouvements d'élévation, de flexion et d'exten-

sion sont plus faciles, mais ils demeurent très affaiblis, ainsi que les mouvements de pronation. Les doigts sont ordinairement dans l'extension ; mais il existe de légers mouvements de flexion, d'adduction et d'abduction : en somme les mouvements du bras sont améliorés.

La douleur, l'hyperalgésie du bras ont à peu près disparu. La sensibilité au toucher est presque normale, quoique peut-être un peu retardée. Le sens thermique est normal. En revanche le sens musculaire fait entièrement défaut.

Le malade est de nouveau examiné onze mois après l'opération : il a des crises convulsives à peu près une fois par mois ; elles sont unilatérales, et ne sont plus, comme avant l'opération, accompagnées de perte de conscience. Elles sont précédées par une aura légèrement douloureuse commençant à l'extrémité des doigts et remontant le long du bras. La paralysie a diminué depuis l'opération. Le malade peut élever le bras au-dessus de sa tête, le fléchir et l'étendre, il fléchit les doigts, surtout ceux qui sont innervés par le cubital, et il peut les étendre légèrement : toutefois l'extension du poignet est impossible. La pronation est possible, mais non la supination. — Il reste un peu de parésie du côté gauche de la face; la jambe gauche est un peu faible, et le réflexe du genou y est exagéré. — Il n'y a pas de céphalalgie; la vue est bonne, et il ne demeure que de faibles traces de névrite optique. La santé générale est satisfaisante. — L'examen du fragment de tumeur enlevé montre qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXII. SUR LE DRAINAGE PAR ASPIRATION DU CANAL VERTÉBRAL; par Augustus CAILLE. (*The New-York medical journal*, 15 juin 1895.)

Le drainage du canal vertébral par la méthode aspiratrice, qui, en dehors de sa valeur propre comme moyen thérapeutique, peut fournir d'utiles éléments au diagnostic a été proposé pour la première fois par Quincke au Congrès allemand de médecine de 1891. Cette méthode repose sur la donnée que l'espace sous-arachnoïdien péri-médullaire communique librement avec les ventricules cérébraux. La ponction doit être faite entre la troisième et la quatrième, ou entre la quatrième et la cinquième vertèbres lombaires, immédiatement au-dessous de l'apophyse épineuse un peu en dehors de la ligne médiane, l'aiguille étant introduite entre les arcs des vertèbres adjacentes et pénétrant à travers la dure-mère spinale jusque dans le canal spinal. Le corps du malade doit être penché en avant, et l'anesthésie n'est pas toujours nécessaire. Le plus ordinairement l'aspiration n'est pas non plus indispensable, car si le liquide céphalo-rachidien est soumis à la moindre pression on le voit sourdre spontanément.

Les cas rapportés par l'auteur sont au nombre de quatre on est obligé de reconnaître qu'ils sont peu concluants et ne peuvent guère contribuer utilement à l'appréciation de la méthode. Les deux premiers, en effet, ne sont plus actuellement sous l'observation de M. Caillé, qui ne peut par conséquent donner de renseignements sur l'état actuel des malades. — Dans le troisième cas, le malade est de l'aveu de l'opérateur, à peu près dans le même état qu'avant l'opération. — Et quant au quatrième cas, l'auteur ne mentionne que le manuel opératoire, et la nature du liquide (qui contenait 20 p. 100 de sucre) et se borne à annoncer que le complément de l'observation sera probablement publié.

Malgré ce que ces données peuvent avoir d'insuffisant, l'auteur estime que le drainage du canal rachidien est un procédé que l'on peut appliquer en toute sécurité lorsqu'il existe, dans des affections diverses, des phénomènes de compression. Il est d'avis que le drainage de la cavité rachidienne doit être préféré, au point de vue de l'inocuité, au drainage de la cavité cranienne dans l'hydrocéphalie cranienne : il pense enfin que, au point de vue du diagnostic, la valeur de cette méthode est nettement établie. R. M. C.

XXIII. Du soulagement de la migraine et de quelques autres affections névralgiques de la tête ; par Sargent et F. Snow. (*The New-York medical journal*, 31 mars 1894.)

L'auteur s'est proposé de démontrer qu'il existe *un certain nombre de cas* où la migraine et les autres affections névralgiques de la tête peuvent être guéries, ou tout au moins amendées par un traitement approprié des lésions nasales qui les provoquent : il rapporte à l'appui de cette proposition quatre observations intéressantes et très démonstratives : il a d'ailleurs observé des cas de ce genre en assez grand nombre, et ne manque jamais maintenant, quand il se trouve en présence d'affections de nature douloureuse siégeant à la tête de conseiller l'examen des cavités nasales, et à engager les malades, en cas de lésion reconnue, d'avoir recours à une intervention chirurgicale, qui, bien entendu, n'est pas toujours absolument curative, mais qui donne tout au moins d'importantes améliorations. R. M. C.

XXIV. Excitation maniaque intense consécutive a l'administration du salicylate de soude ; par G.-B. Robinson. (*The Journal of mental Science*, octobre 1895.)

Chez une aliénée de quarante ans, le salicylate de soude fut prescrit pour des douleurs rhumatismales à la dose de 20 grains (1 gr. 20) toutes les quatre heures ; la malade prit en tout six de ces doses, soit 120 grains, ou 7 gr. 20. Elle fut alors prise d'une

crise d'excitation d'une intensité extrême ; il fallait plusieurs personnes pour la maintenir ; encore ne put-on l'empêcher de se meurtrir et de se contusionner : le pouls était trop rapide pour être compté, les sueurs étaient abondantes. Les accidents disparurent au bout de trente-six heures ; il est à noter que la rougeur et la douleur articulaires n'existaient plus.

Ce cas est surtout intéressant à cause de l'usage courant que l'on fait du salicylate de soude dans une maladie très répandue. Les accidents consécutifs à son administration ne sont pas rares, mais en général ils ne se montrent que dans les cas où l'on a employé des doses massives, et ils sont moins graves que ceux qu'a observés l'auteur ; toutefois, il règne à cet égard, parmi les médecins, de profondes divergences d'opinion. R. M. C.

XXV. La tuberculose et son traitement dans les asiles d'Irlande ; par Finegan. (*The Journal of mental Science*, avril 1895.)

Tous les aliénistes savent combien la tuberculose est fréquente dans les asiles : l'auteur se demande si l'on fait bien réellement tout ce qui est nécessaire pour faire bénéficier les aliénés tuberculeux de toutes les ressources nouvelles qu'une thérapeutique plus rationnelle met aujourd'hui à notre dispositiqn dans le traitement de la tuberculose, et il craint bien que l'on ne soit forcé de répondre négativement ; il pense aussi que les mesures prophylactiques rendues nécessaires par le caractère infectieux de la maladie ; et plus indispensables dans un asile que partout ailleurs puisque l'on peut sans exagération dire que tous les malades y sont en état de réceptivité bacillaire plus ou moins accusée, ne sont guère mieux appliquées que les mesures thérapeutiques. Il y a là une réforme importante à instituer. R. M. C.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 28 octobre 1895. — Présidence de M. Paul Moreau.

Condamnation d'un aliéné.

M. Legrain lit, au nom de M. Adam (de Clermont), une observation médico-légale, concernant un aliéné hypocondriaque, con-

damné récemment pour homicide, par la cour d'assises. Cette observation complète une lacune, dans l'enquête qui se poursuit à la tribune de la Société, concernant le rôle du pouvoir judiciaire dans les affaires d'aliénation mentale. Deux ordres de faits ont été présentés jusqu'alors : 1° des cas d'aliénés mis en liberté intempestivement par autorité de justice ; 2° des cas d'aliénés authentiques condamnés par les tribunaux pour délits ou crimes commis pendant l'état de maladie. Il manquait à ces faits des cas de condamnation d'aliénés par décision du jury. L'observation de M. Adam comble cette lacune.

Le malade est un dégénéré héréditaire, n'ayant rien de grave dans son passé, sauf quelques excès alcooliques et sexuels. La mélancolie, le suicide existent manisfestement dans la famille. Il est hypochondriaque depuis de nombreuses années; il croit avoir la syphilis et un cancer de l'estomac. Toute son existence, dans les dernières années, est celle des hypochondriaques obsédés (voyages incessants en vue de consultations multiples). De temps en temps surviennent des raptus mélancoliques, avec anxiété, désespoir, idées et tentatives de suicide, impulsions violentes. C'est au cours d'une de ses impulsions, qu'il tire sur sa maîtresse, couchée à ses côtés, deux coups de revolver, pour des motifs insignifiants, nuls en vérité.

Le jury, malgré les conclusions de l'expertise, a condamné le malade à cinq ans de travaux forcés. Gracié peu après, il est aujourd'hui séquestré, toujours victime de ses préoccupations hypochondriaques.

M. Charpentier ne trouve pas, dans la communication, les éléments d'une incontestable irresponsabilité. Il manque une corrélation directe entre l'état mental de l'individu et l'acte incriminé.

M. Legrain répond que l'auteur ne lui a envoyé qu'un résumé de son rapport qui est plus concluant dans son ensemble.

Hallucinations psycho-motrices.

M. A. Voisin communique l'observation d'une malade ayant reçu un traumatisme crânien dans l'enfance, plus tard, hystérique persécutée, et chez laquelle les hallucinations devinrent provocatrices de mouvements divers, en rapport avec la conception délirante.

M. Charpentier se demande s'il ne faut pas, au contraire, voir dans ce fait un phénomène inverse. La malade éprouverait des troubles de la sensibilité générale déterminant des mouvements, provoquant eux-mêmes l'hallucination.

Congrès pénitentiaire.

M. Motet dépose le rapport qu'il a lu au Congrès pénitentiaire sur les questions suivantes : *Quelles mesures sont à prendre contre les*

délinquants irresponsables ou contre ceux dont la responsabilité est diminuée au moment du crime ou du délit?

D'après quels principes doit être fait le calcul de la durée de la peine pour les condamnés atteints d'aliénation mentale : A, Quand ils sont enfermés dans des asiles spéciaux dépendant de l'administration pénitentiaire ; B, Quand ils sont transférés dans des asiles d'aliénés proprement dits. M. B.

Séance du 25 novembre 1895. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Tentative de meurtre sous l'influence d'une obsession.

M. VALLON lit un rapport médico-légal concernant un jeune homme de dix-neuf ans qui, sous l'influence d'une obsession pathologique, a commis une tentative d'homicide.

Depuis quelques jours X... était obsédé par l'idée fixe de tuer une fille publique. Cette idée lui était venue peu à peu, sans qu'il sût pourquoi. Après avoir vainement essayé de lutter, un soir il est sorti avec l'intention arrêtée d'en finir avec cette situation intolérable et de tuer la première femme qui lui ferait des propositions dans la rue. A cet effet il s'était armé d'un couteau-poignard et d'un revolver. Accosté par une fille publique, il la suivit dans un hôtel où, après avoir payé à l'avance des faveurs dont il n'a pas voulu profiter, sans discussion préalable, il l'a frappée de plusieurs coups de couteau et a tiré sur elle deux coups de revolver.

X... est ensuite rentré tranquillement chez lui et n'aurait probablement jamais été découvert si, un mois plus tard, il ne s'était dénoncé lui-même dans des circonstances assez bizarres, en écrivant au commissaire de police une lettre signée d'un nom de femme dans laquelle il se désignait comme l'auteur de la tentative d'homicide. Arrêté, X... a fait le récit complet de la tentative d'homicide et des causes qui l'avaient poussé à la commettre.

L'acte incriminé présente tous les caractères classiques de l'obsession et de l'impulsion conscientes. Deux ans auparavant X... avait eu une obsession de suicide; celle-ci avait eu la même durée que l'obsession homicide. Cet individu est un dégénéré héréditaire. Sa grand'mère paternelle avait « des manies »; très triste, elle restait des mois sans sortir de chez elle et sans vouloir recevoir personne; parfois elle faisait des achats absurdes; elle est morte subitement. — Le père de X... a été longtemps plongé, lui aussi, dans la mélancolie.

M. Vallon est arrivé à cette conclusion que X... ne devait pas être considéré comme responsable de l'homicide dont il était inculpé puisqu'il avait commis cet acte sous l'empire d'une obsession pathologique, d'une idée incoercible, d'une impulsion irrésistible; mais qu'étant dangereux, il devait être envoyé dans un asile

d'aliénés. Conformément aux conclusions du rapport médico-légal, l'affaire s'est terminée par un non-lieu et X... a été interné comme aliéné.

M. Vallon appelle l'attention de la Société sur les trois points suivants : 1° la cause de l'obsession dans le cas particulier pouvait bien être la dégénérescence héréditaire; mais il lui paraît exagéré de considérer toujours l'obsession comme un syndrome épisodique de la dégénérescence. On peut observer l'obsession en dehors de la dégénérescence, par exemple chez les individus à cerveau surmené; en second lieu chez certains dégénérés, les obsessions sont si nombreuses, durent de si longues années, qu'on peut et doit les considérer comme la partie essentielle de la maladie et non comme un simple épisode de celle-ci;

2° Depuis son arrestation X... est calme et lucide; M. Vallon se demande combien de temps on devra le garder à l'asile et il désirerait, quand la famille demandera la sortie, voir la magistrature intervenir et prendre un peu de la lourde responsabilité qui incombera au médecin;

3° M. Vallon trouve mauvaise l'expression ordinairement employée d'*obsession* ou *d'impulsion consciente*. Pendant la crise obsédante le malade n'a pas toute sa conscience; sa personnalité et par suite son état de conscience sont entamés. Ainsi, dans le cas particulier, X..., au cours de la crise obsédante, n'avait certainement pas toute sa conscience. La preuve c'est que lui, un garçon honnête, a commis sans sourciller un crime dont l'accomplissement lui a procuré une grande satisfaction. Quelques jours plus tard, quand la crise a été terminée, alors, seulement, il est revenu à son état de conscience habituelle, a eu regret de ce qu'il avait fait, a été pris de remords et s'est dénoncé.

M. Briand ne sait pas comment l'intervention de la magistrature dans le placement des aliénés diminuerait la responsabilité des médecins traitants. Un magistrat, ne pouvant qu'être incompétent en matière de médecine, devra toujours recourir aux lumières d'un expert qui sera le médecin. Celui-ci, obligé de formuler une opinion, sera tout aussi embarrassé que maintenant dans la détermination à conseiller.

M. Vallon. — Je veux dire que dans des cas analogues, c'est-à-dire quand l'aliéné n'a pu échapper à la prison que grâce à son état mental, le magistrat devrait pouvoir tenir au criminel le raisonnement suivant : « Votre état mental vous rend irresponsable, par conséquent, vous n'êtes pas condamné; mais vous resterez dans un asile d'aliénés jusqu'à ce que vous soyez inoffensif. Actuellement, l'autorité administrative, entre les mains de laquelle de semblables aliénés sont confiés, ne peut être contrainte à les séquestrer, si elle ne croit pas devoir le faire. »

M. Garnier voudrait qu'aucun aliéné criminel ne pût être remis en liberté sans qu'une commission spéciale fût consultée. C'est dans ce sens que le congrès pénitentiaire s'est prononcé, en émettant le vœu que désormais l'autorité judiciaire, au lieu de renvoyer le criminel irresponsable à l'autorité administrative qui est libre de le séquestrer ou non, fût obligée de rendre un jugement ordonnant la séquestration. Celle-ci ne pourrait cesser sans un jugement du même tribunal.

M. Charpentier. — L'autorité administrative étant libre de ne pas faire enfermer, il faudrait que l'autorité judiciaire fût obligée de le faire. Rien de cela ne figure dans la loi en préparation sur le régime des aliénés. La seule objection est que si la collocation est prononcée par un tribunal, elle aura le caractère infamant d'une pénalité. On peut encore supposer un individu honorable commettant un crime sous l'influence d'une absorption involontaire d'un liquide toxique et frappé d'une tare indélébile.

M. Ballet. — Nous nous laissons toujours dominer par les vieilles idées métaphysiques, dont nous pourrions nous dégager quand nous causons entre nous. Quel est le rôle de la magistrature? Protéger la Société. — Par conséquent, c'est à elle à dicter les mesures préservatrices. Le tribunal placé en face d'un individu ayant commis un crime sous l'influence d'un état mental pathologique, prendra une mesure temporaire ou définitive suivant que la nocuité sera elle-même temporaire ou définitive.

M. Arnaud. — Qui dira que l'aliéné est dangereux? — Le médecin ! — Or, nous voyons tous les jours les magistrats faire sortir de l'asile, des aliénés criminels dangereux ayant bénéficié d'une ordonnance de non-lieu, et cela malgré l'avis des médecins.

M. Charpentier ne croit pas que la protection de la Société, soit dans les attributions de la magistrature. Cette protection appartient plutôt, selon lui, à l'autorité administrative représentée à Paris par le préfet de police. La loi de 1838, appliquée rigoureusement, est largement suffisante.

M. Christian. — Nous revenons à l'éternelle question des responsabilités des magistrats et des médecins; vous ne faites que déplacer cette responsabilité en substituant le magistrat au médecin, mais vous ne résolvez pas le problème.

M. Briand. — L'autorité administrative prend seule des mesures préservatrices; c'est d'elle que doit relever l'aliéné qui peut être dangereux.

Présentation d'instrument.

M. Toulouse présente un marteau percuteur pour l'exploration des réflexes, dû à son invention.

Marcel Briand.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL CONTRE L'ABUS DES BOISSONS ALCOOLIQUES.

Session de Bâle : les 20 et 22 août 1895. (Suite [1].)

M. Alglave (de Paris) prétend que les impuretés de l'alcool en font seules le danger et que l'alcool rectifié n'est pas nuisible. Il soulève une vive contradiction en soutenant, d'après une statistique suisse, que le nombre des cabarets et celui des cas d'alcoolisme étaient des séries de faits indépendants. Ceci paraît, en effet, résulter d'une statistique officielle où l'on voit le canton de Thurgovie présenter à la fois beaucoup plus de débits de boissons et beaucoup moins de cas d'alcoolisme que le canton de Berne. Enfin M. Alglave allègue, en faveur du monopole, que l'introduction de ce système en Russie a déjà produit d'excellents résultats.

M. Moeller, répondant à M. Alglave, fait connaître qu'en Belgique l'alcoolisme exerce de grands ravages et cependant les spiritueux qu'on y consomme sont d'une pureté remarquable; ils renferment moins d'impuretés que la proportion tolérée par la régie fédérale suisse (2 à 3 p. 1000); preuve que l'alcoolisme est dû, moins à la qualité qu'à la quantité d'alcool ingéré.

M. Bovet répond à la seconde allégation de M. Alglave, que le fait signalé tient à ce que le canton de Berne avait beaucoup de distilleries agricoles, qui n'étaient pas comprises dans la statistique des débits, bien qu'on y bût beaucoup de spiritueux sur place. — Enfin M. Minzloff, le délégué russe, déclare que tout ce qu'on a pu constater dans son pays, c'est qu'il y a eu moins d'arrestations pour ivresse publique; mais cette diminution s'explique parce que, dans les provinces où le monopole russe a été appliqué, on a supprimé les débits de boissons; l'alcool est acheté par le public dans des bureaux officiels, tenus par des employés du fisc; cet alcool est bu à domicile, il est donc très possible qu'il y ait moins de cas d'ivresse publique, mais tout autant de gens qui s'enivrent.

M. Grant-Mills propose au Congrès d'émettre un vœu en faveur de la revision de l'acte de Bruxelles (1890-91) sur le trafic des spiritueux en Afrique. On sait que, malgré l'entente des puissances réunies en conférence, il y a encore de grands abus dans le continent noir; nombre de missionnaires et d'explorateurs ont dénoncé les ravages causés par cet abominable commerce dans les peuplades africaines; l'orateur en cite plusieurs exemples. Le vœu

[1] Dr Moeller. *Internationale Monatschr. zur Bekämpfung der Trinksitten*, novembre 1895.

formulé par M. Grant-Mills et modifié par le Dr Forel, est adopté à l'unanimité moins trois voix (22 août).

M. Milliet, directeur de la régie fédérale des alcools, fait un rapport sur le monopole de l'alcool en Suisse. Voici en quoi consiste ce système : l'autorité fédérale a accaparé le monopole des spiritueux provenant de la distillation des matières amylacées (céréales et pommes de terre) ainsi que des fruits et vins étrangers. La distillation des alcools de fruits, baies, racines, etc., indigènes est libre; il en est de même de celle de l'absinthe, sauf que celle-ci est soumise à une taxe de monopole. Le quart de l'alcool nécessaire à la consommation du pays est fabriqué par des particuliers distillant pour le compte de la fédération; les trois autres quarts sont achetés à l'étranger par l'administration du monopole.

Le commerce des boissons distillées par quantités supérieures à 40 litres est libre; pour les quantités moindres, il est soumis aux lois cantonales fiscales et de police. Il appartient aux cantons de réglementer l'exploitation des auberges et le commerce en détail de la bière et du vin. La confédération veille à la qualité des spiritueux provenant des matières amylacées, les cantons à la qualité des autres. L'excédent des recettes du monopole est réparti entre les cantons, à charge pour ceux-ci de consacrer le dixième des sommes que chacun perçoit à la lutte contre l'alcoolisme.

M. Milliet fait remarquer que la législation sur l'alcool avait un triple but : agricole, financier et hygiénique. Au point de vue de l'agriculture, il s'agissait de supprimer les grandes et les petites distilleries qui ne rendaient aucun service à l'agriculture, tandis que l'autorité fédérale pouvait créer ou entretenir des distilleries moyennes, qui, par leur situation et leur installation, utilisaient le surplus de la production de fécules et rendaient au sol, comme matières fertilisantes, les résidus de leur fabrication; au point de vue financier, il fallait abolir une véritable anarchie qui existait dans certains cantons relativement aux impôts frappant soit les spiritueux, soit les boissons fermentées; enfin l'hygiène publique réclamait la disparition des petites distilleries, qui favorisaient la consommation sur place, et les grandes distilleries qui faisaient descendre le prix de l'alcool à un chiffre trop bas; en outre, il était nécessaire d'obtenir la suppression des droits que certains cantons avaient décrétés sur les boissons fermentées; il importait aussi de veiller à la qualité des spiritueux consommés.

M. Milliet croit que les résultats du monopole sont favorables, puisque la consommation alcoolique a diminué. Il reconnaît cependant qu'il y a des revers à la médaille : les cantons n'ont guère usé de la faculté de soumettre la distillation de fruits à des mesures policières et fiscales; aussi cette fabrication a-t-elle pris de l'extension; il est certain aussi que certains produits étrangers sont im-

portés par fraude; les cantons n'ont pris aucune mesure pour diminuer le nombre des débits; enfin jusqu'ici l'emploi des 10 p. 100 sur le produit du monopole n'a pas toujours été judicieux. M. Milliet termine en disant que la législation suisse sur l'alcool ne mérite ni des éloges enthousiastes, ni un blâme exagéré; elle n'a pas donné au problème de l'alcoolisme une solution complète, définitive, celle-ci ne pourra être atteinte que par étape dans le courant du vingtième siècle.

M. Martin (de Genève), insiste particulièrement sur les ravages causés par l'abus de l'absinthe et réclame des mesures énergiques pour arrêter ce mal. Il se plaint du mauvais emploi de la dîme de l'alcool dans divers cantons. — M. Rochat touche également ce dernier point; il émet l'avis que l'avantage de la rectification de l'alcool monopolisé est souvent perdu par les manipulations que subit cet alcool chez les liquoristes avant de parvenir aux consommateurs; enfin il dénonce les maux produits par l'alcool de fruits; cette liqueur est bue dans beaucoup de villages, souvent à domicile; c'est un abus qui échappe complètement à l'action du monopole.

M. le Dr Moeller tire de tout le débat cette conclusion, essentielle, que le monopole ne peut être présenté comme un remède radical de l'alcoolisme; c'est un palliatif qui peut être utile dans certains pays comme la Suisse et dans certaines circonstances; mais il n'est pas rationnel de vouloir l'imposer à toutes les contrées, comme veulent le faire certains partisans de ce système.

M. Jules Denis, instituteur à Genève, fait une conférence sur la statistique des boissons distillées et fermentées consommées dans divers pays; M. Frank, directeur de l'asile de Münsterlingen (Thurgovie), lit un travail sur la statistique des décès imputables à l'alcool. M. le Dr Bleuler et M. le pasteur Bovet parlent des asiles pour buveurs, M. Blocher de la lutte contre l'alcoolisme par la création de salons de lecture.

MM. H. Skinner et Gutsmann abordent un sujet délicat à traiter devant un congrès aussi mêlé : l'alcoolisme dans ses rapports avec la question sociale. Le second de ces orateurs, un simple menuisier de Bâle, invoque sa propre expérience : « Qu'ai-je besoin, s'est-il écrié, de la physiologie pour connaître les effets de l'alcool sur mon corps. Il me suffit de savoir que je me porte beaucoup mieux depuis que je suis abstinent. Je sais aussi que l'ouvrier travaille plus et mieux lorsqu'il renonce complètement aux boissons enivrantes. Comme socialiste, je recommande l'abstinence à mon parti, parce qu'elle est un puissant moyen d'émancipation. La lutte des classes élève l'ouvrier, mais l'usage de l'alcool l'abaisse! »

M. Wakely expose les résultats obtenus par les célèbres *Band, of Hope* d'Angleterre, M. Byse ceux de la société de tempérances l'Espoir, fondée par la jeunesse suisse. Les deux orateurs font

l'éloge de l'œuvre si remarquable par la rapidité de ses succès, créée en Belgique par M. l'inspecteur Robyns. Ils insistèrent sur ce fait, peut-être unique, que le gouvernement belge a donné un puissant appui à ces sociétés scolaires de tempérance et qu'il a décidé d'inscrire l'enseignement anti-alcoolique dans le programme des études des écoles primaires.

Mme Selmer, de Copenhague, et M. Louis Frank, de Bruxelles, entretiennent le congrès du rôle de la femme dans la lutte contre l'alcoolisme. M. Frank montre que dans toutes les contrées, où cette lutte avait donné des résultats sérieux, cela était dû à la coopération des femmes. Il en est ainsi de l'Angleterre, de la Scandinavie, de l'Amérique et de la Suisse. Par contre, dans les pays, comme la Belgique, la France et le Danemark où l'intempérance exerce le plus de ravages, l'intervention de la femme est nulle. Il importe de développer l'action féminine, si l'on veut extirper l'alcoolisme. M. Frank donne des statistiques relatives à la Nouvelle-Zélande, pays où règne la liberté de la femme. Nous y notons de grands progrès dans l'état social, dans le bien-être général, une diminution de l'ivresse, de la criminalité, de l'aliénation mentale. L'orateur veut favoriser la coopération de la femme en frappant le buveur dans sa bourse, en protégeant le salaire et l'épargne de la femme contre la prodigalité et l'imprévoyance des maris alcoolisés; en diminuant le pouvoir marital et l'autorité parternelle de telle sorte que les femmes et les enfants soient soustraits à la tyrannie de pères et d'époux alcoolisés, en confiant à la femme, dans certaines circonstances, la direction de la communauté; et enfin en décidant que l'ivresse habituelle sera une cause de séparation et de divorce.

Pour faire face aux dépenses militaires, les États demandent incessamment de nouvelles ressources à l'alcool. Les nations civilisées s'empoisonnent elles-mêmes pour se procurer les ressources qui leur permettent de s'entre-tuer dans la guerre. Il est impossible que les femmes ne cherchent pas à anéantir une politique aussi insensée et aussi désastreuse. P. S.

L'atavisme dans le suicide. — M. Eugène Obret, âgé de trente-deux ans, tailleur de limes, demeurant à Alfortville, avait plusieurs fois manifesté l'intention de se donner la mort. Hier, sa femme s'absenta pendant cinq minutes à peine qui suffirent au malheureux pour mettre son projet à exécution. Lorsque Mme Obret rentra, elle trouva son mari pendu. Tous les soins furent inutiles. Le frère du suicidé s'est noyé dans la Marne, il y a quelques mois, son père avait à plusieurs reprises tenté de se pendre. Son grand-père s'était pendu. (*Le Républicain Orléanais*, 7 déc. 1895.)

VARIA.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PSYCHOLOGIE A MUNICH;

Du 4 au 7 août 1896.

Comité de réception. — Président : Dr Lipps, professeur à la Faculté de philosophie, Georgenstrasse, 18/1, Munich. Secrétaire général : D^r baron Schrenck-Notzing, Max-Josephstrasse, 2/1, Munich. Trésorier : Ernest Retter, secrétaire de la Compagnie d'assurances contre l'incendie, Adalbertstrasse, 6/3, Munich.

Comité exécutif. — Dr Lipps, Dr Schrenck-Notzing, Retter, Parish, Dr Fogt, Dr Weinmann.

Comité international d'organisation. — Présidents : Dr Stumpf, professeur à la Faculté de philosophie à Berlin, et membre de l'Académie des sciences, Berlin W., Nürnbergerstrasse, 14. — Dr Lipps, professeur à l'Université de Munich, Georgenstrasse, 18/1. Secrétaire général : D^r baron de Schrenck-Notzing, médecin, Munich, Max-Josephstrasse, 2/1.

Organisation. — L'ouverture du congrès aura lieu le mardi 4 août 1896, avant midi, dans la grande salle de l'Université. Y pourront prendre part toutes les personnes prenant intérêt à la propagation des connaissances psychologiques et désirant voir s'établir des relations personnelles entre les psychologues des différentes nations. Les dames y seront admises avec mêmes droits que les hommes. Relativement à l'admission au congrès, de même que pour toutes les lectures et discours à tenir, on est prié de remplir le formulaire ci-joint, et de bien vouloir l'adresser avant l'ouverture du congrès au secrétariat (Munich, Bavière, Max-Josephst.). Les personnes qui voudront assister aux séances du congrès sont priées de verser une cotisation de 20 francs, qui donnera droit à une carte d'admission pour toutes les séances du congrès; en même temps, elles recevront gracieusement le journal avec la liste des membres et un exemplaire des rapports officiels. Cette carte servira également de quittance ainsi que de billet d'entrée aux fêtes diverses qui auront lieu en l'honneur des membres du congrès.

Le journal paraîtra en quatre numéros. Il est destiné à servir de guide et contiendra l'indication des logements, le programme des lectures et discours à tenir, les divertissements qui sont projetés, la liste des membres du congrès et enfin un aperçu des galeries et des curiosités de Munich.

Les langues admises pour les discussions sont : l'allemand, le français, l'anglais et l'italien. Les travaux du congrès se feront soit dans les séances générales, soit dans les séances de sections. La répartition des sections dépendra des discours et des lectures projetés et se fera dans les diverses salles de l'Université.

La durée d'un rapport lu dans les sections est fixée à vingt minutes au plus. Les membres qui voudront prendre part aux discussions sont priés de présenter un résumé de leur discours avant ou pendant les séances, pour faciliter la rédaction du rapport. Ils pourront se servir pour cela des formulaires mis à leur disposition. En général, on invite tous les savants, qui annonceront des rapports pour le congrès, à en envoyer préalablement, et avant son ouverture, un extrait succinct, ou table des matières, au secrétariat, dans la dimension d'une ou de deux pages imprimées. Ces extraits seront imprimés et distribués avant la séance à l'auditoire pour rendre plus facile la compréhension du rapport. Quant aux détails du programme des travaux, les membres du comité local donneront volontiers tous les renseignements nécessaires, de même que pour les visites à faire dans les instituts et laboratoires scientifiques.

Programme. — I. *Psycho-physiologie.* — S'adresser, pour les renseignements, à MM. les professeurs Rüdinger et Graetz, Dr Cremer. *a*) Anatomie et physiologie du cerveau et des organes des sens (bases physiologiques de la vie psychique). — Développement des centres nerveux. Localisations. Neurones. Voies de conduction. Structure du cerveau. Fonctions psychologiques des parties centrales; actions réflexes et automatiques; innervation, énergie spécifique des nerfs. — *b*) Psycho-physique. Rapports du physique et du psychique. Méthodologie psycho-physique. Loi de Fechner. Physiologie des sens (sensations musculaires et organiques, le toucher, l'ouïe, la vue, audition colorée). Effets psychiques de certaines substances, temps de réaction, mesures des réactions végétatives (respiration, pouls, fatigue des muscles).

II. *Psychologie de l'individu normal.* — S'adresser, pour les renseignements, à MM. le professeur Lipps, Dr Cornelius et Dr Weinmann. — Buts. — Méthodes. — Observations et expériences. — Psychologie des sens, sensations et idées, mémoire. — Lois de l'association. — La conscience et l'inconscience, l'attention, l'habitude, l'attente, l'exercice. — L'espace objet de perception de la vue, du toucher, des autres sens, la conscience de l'étendue. Illusions géométriques et optiques, perception du temps. La science de la connaissance. — Action de l'imagination. — Sentiments et sensation, les sentiments esthétiques, éthiques et logiques, les émotions et les lois de la sensation. — Le système de la volonté, la conscience de la volonté, actions volontaires, mouvements expressifs, faits éthiques. — Conscience personnelle, développement de la personna-

lité, variétés individuelles. — L'hypnotisme. Suggestion, sommeil normal, rêves. — Automatisme psychique, importance des suggestions au point de vue judiciaire et pédagogique, psychologie pédagogique.

III. *Psycho-pathologie.* — S'adresser, pour les renseignements, à MM. le professeur Dr Grashey, Dr de Schrenck-Notzing et M. Parish.— Importance de l'hérédité dans la psycho-pathologie ; données statistiques, la question de l'hérédité des qualités acquises, relations psychiques (transmissions corporelles et psychiques). Observations faites au sujet de la dégénération, dégénération et génie. — L'hérédité aux points de vue éthique et social. — Relations de la psychologie et du droit criminel. — Psycho-pathologie des sensations sexuelles.— Grandes névroses (hystérie, épilepsie). — Conscience alternante, contagion psychique, côté pathologique de l'hypnotisme, somnolence pathologique. — Psycho-thérapie, suggestions thérapeutiques, suggestion mentale, télépathie, transfert psychique, statistique internationale des hallucinations; autres matières qui s'y rapportent. — Hallucinations, idées obsédantes, aphasie, etc., etc.

IV. *Psychologie comparée.* — S'adresser, pour les renseignements, à MM. le professeur Dr Ranke, Dr Hirth et Dr Fogt. — Statistique des faits psychologiques. — La vie psychique des enfants. — Les fonctions psychiques des animaux. — La psychologie des peuples et la psychologie anthropologique. — Etudes comparatives sur la linguistique et la graphologie au point de vue psychologique.

Le témoignage des enfants en justice.

Sous le titre : *Odieuse calomnie*, la *Presse libre* du 14 octobre publie le récit suivant. « Après la mort de sa femme survenue presque subitement, il y a deux ans, un sieur H... allait habiter avec sa petite fille, Juliette âgée de dix ans, chez des amis, rue Truffault. Sous le couvert de cette hospitalité, les époux B..., qui savaient le veuf dans une situation très aisée, mûrirent le projet de le faire interdire pour capter son bien. Pour cela on devait avoir recours, par la bouche d'un enfant, à la plus odieuse des calomnies.

« La femme B..., une horrible mégère revendeuse à la toilette, s'ingénia d'abord à détacher l'enfant du père. Ce premier résultat obtenu, elle fit la leçon à la petite Juliette qui, au mois de février dernier, accusa l'auteur de ses jours d'avoir abusé d'elle.

« Le parquet fit commencer une enquête. M. H... fût arrêté; mais M. le docteur Vibert, médecin-légiste, chargé d'examiner l'enfant ayant constaté qu'elle n'avait subi aucune violence, son père fut aussitôt remis en liberté provisoire. Continuant habilement l'instruction de cette affaire, M. Albanel, juge d'instruction, a amené, non seulement, Juliette H... à reconnaître son mensonge, mais

aussi à faire nommer ceux qui en étaient les instigateurs. D'autres révélations de l'enfant à qui les époux B... avaient également conseillé de voler la clef d'un coffret contenant des valeurs, ont amené l'arrestation de ces derniers. Le peu intéressant couple a été écroué. »

LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME.

Les Sociétés de tempérance ne sont pas un vain mot chez nos voisins les Belges. Un inspecteur principal de l'instruction primaire, M. Robyns, a su organiser sous ce titre : *Sociétés scolaires de tempérance*, 17,449 groupes comprenant deux millions de jeunes adhérents. M. Robyns demande aux instituteurs publics placés sous ses ordres « d'obtenir que, dans chaque école, un certain nombre d'élèves, âgés de douze ans au moins, s'engagent d'honneur, mais librement, à s'abstenir jusqu'à l'âge de vingt ans, de genièvre, d'eau-de-vie et de liqueurs fortes et à ne faire qu'un usage modéré du vin ».

Cette idée est couronnée de succès dans la province de Limboug. Sur 257 écoles communales de garçons, 209 ont une Société de tempérance et réunissent un total de 5,000 adhésions. Ce mouvement est suivi par les provinces voisines : Namur en compte 154; le Hainaut, 212; Liège, 74; la Flandre occidentale, 34; Anvers, 6; le Brabant, 98; la Flandre orientale, 34. Au 31 décembre dernier, le nombre de ces sociétés était pour toute la Belgique, de 952 avec 16,307 membres. Ne trouvez-vous pas que le besoin d'un Robyns français se fait sentir?

MŒURS ANGLAISES, tel est le titre donné par le *Petit Parisien* du 13 septembre, à la note que nous reproduisons.

« Le jury de Londres avait, hier, à statuer sur les causes de la mort d'une dame Carver, épouse du révérend Thomas Carver, qui avait succombé à un empoisonnement. Adonnée à l'ivrognerie, cette malheureuse s'était trompée de bouteille et avait avalé, au lieu de gin, une large gorgée d'acide sulfurique.

« L'enquête a établi que défunte Mme Carver possédait un luxueux exemplaire de la Bible, format in-8°, à tranche dorée... contenant une bouteille de la capacité d'un litre. Plus elle buvait plus elle semblait attachée aux pratiques de sa religion. C'est seulement après sa mort que son pauvre mari a découvert quel emploi elle avait fait du recueil des textes sacrés.

« Le jury a rendu un verdict de « décès causé par accident », mais le coroner n'a pas laissé échapper cette occasion de flétrir les dames adonnées aux spiritueux. »

ALCOOL. — Voici d'après l'ouvrage d'un publiciste allemand, traitant du développement de l'alcoolisme, les quantités de boissons que consomment les Allemands pendant une année. Ils

absorbent par an, d'après la moyenne de la statistique des cinq dernières années, 676,470,000 litres d'eau-de-vie; 5,455,600,000 litres de bière, et seulement 322,000,000 de litres de vin. Le nombre des habitants étant de 49,428,470, chaque Allemand boit par année : 13 litres 705 centilitres d'eau-de-vie, 110 litres 1/2 de bière et seulement 7 litres 510 décilitres de vin. (*Petit Parisien*, 8 sept.)

La loi sur l'ivresse. — Hier, vers 2 heures de l'après-midi, un individu titubait sur le boulevard de Strasbourg. En apercevant un débit de tabacs et de boissons, le poivrot est entré dans ce débit pour boire encore. Le propriétaire de l'établissement a servi un verre d'absinthe à l'ivrogne. Un gardien de la paix qui se trouvait par là a voulu présenter quelques observations au débitant, qui l'a quelque peu rudoyé. L'agent a alors verbalisé contre lui pour avoir servi à boire à un ivrogne et pour n'avoir pas affiché la loi sur l'ivresse dans son établissement (*Le Petit Var*, 9 octobre).

Il est certain que si l'on appliquait rigoureusement la loi, comme cela a été fait dans ce cas, on verrait peu à peu le nombre des ivrognes diminuer, et partout s'atténuer tous les graves inconvénients de l'alcoolisme. Qu'on surveille aussi et sévèrement la nature des boissons livrées à la consommation et, loin de se multiplier, les débits de boissons diminueront.

Nécessité de l'assistance des idiots. — Nouveau cas de séquestration.

« Le parquet de Coutances, dit le *Cotentin* (22 novembre), s'est rendu à Baudreville, canton de la Haye-du-Puits, chez un nommé Pierre Ozouf, cultivateur, qui, sous un prétexte peu fondé, tenait prisonnière dans un appartement fermé avec une chaîne et un cadenas, sa pauvre fille, âgée de vingt-quatre ans, bossue et simple d'esprit. De charitables voisins, sans doute, en ont informé la gendarmerie qui s'est rendue au domicile d'Ozouf et ont demandé à voir la captive.

« A la vue de cette malheureuse, ils ont reculé de dégoût; ses habits étaient dans un affreux état de malpropreté, et son appartement, où séjournaient ses excréments, ressemblait à une fosse à fumier. Après avoir porté secours à la victime, les gendarmes ont mis les menottes à ce père dénaturé et l'ont emmené. Le parquet a pris les mesures nécessaires pour que la pauvre fille soit soignée comme sa situation l'exige. Ozouf donne comme excuse que sa fille, faible d'esprit, était un danger pour la sécurité publique, et c'est pour cette raison qu'il l'avait séquestrée. »

Ce fait montre une fois de plus la nécessité d'organiser

dans tous les départements des *Asiles-Ecoles* pour les idiots. Il n'y a pas de départements où il n'existe trois à quatre cents enfants et adolescents idiots ou atteints de perversion morale ou d'épilepsie. Assurément la conduite du père de cette « simple d'esprit » est inhumaine et blâmable. Mais la municipalité de sa commune ne l'est pas moins. Assurément elle connaissait la séquestration. Pourquoi n'est-elle pas intervenue ? C'est qu'elle a craint, en demandant le placement dans un asile, d'occasionner une dépense à la commune ; c'est qu'elle sait sans doute que les administrations départementales n'aiment pas interner les aliénés, tant qu'ils ne sont pas devenus un danger pour la sécurité publique, parce que cela coûte.

Un fou tué par ses gardiens.

La cour d'assises de l'Oise était saisie hier d'une affaire de meurtre commis sur un aliéné, par deux gardiens de la maison centrale de Clermont. Cette affaire rappelle le fameux procès Estoret, jugé il y a une quinzaine d'années à Beauvais. Les accusés se nomment Bleuse et Forestier. La victime était un sieur Jean Maître, originaire de Royaucourt. Voici les faits d'après l'acte d'accusation :

Le 29 mai dernier, vers huit heures du soir, le gardien Bleuse, chef de surveillance de la 4e section affecté aux demi-agités, jugea nécessaire de mettre la camisole de force à Jean Maître, qui refusait de prendre une potion calmante. Comme le malade se préparait à résister, le gardien alla chercher des auxiliaires à la section voisine.

Pendant ce temps, le gardien Forestier, aidé de son collègue Bennaille, entreprit de camisoler le malade qui lui lança deux coups de poing. Bleuse survenant alors se précipita sur Maître auquel il porta deux coups de pied et deux coups de poing dans le creux de l'estomac. Puis, quand il l'eut renversé sur le parquet, où ses collègues le maintenaient, Bleuse lui porta encore plusieurs coups de poing dans le côté droit de la poitrine.

Comme le malade se débattait, Forestier, placé à sa gauche, lui porta avec violence de ce côté de la poitrine et dans l'estomac plusieurs coups de poing. En outre, il plaça avec force son genou sur la poitrine du pauvre fou, qui se trouvait ainsi presque étouffé. Plusieurs malades, attirés par les cris du malheureux, assistèrent à une partie de la scène. Transporté à l'infirmerie, Maître succombait le lendemain à une pneumonie traumatique double, conséquence directe des graves violences exercées sur lui. L'autopsie révéla qu'il avait eu le sternum brisé en deux endroits et neuf côtes fracturées.

L'instruction ouverte aussitôt établit, avec l'aveu même de Bleuse, que nul autre que lui et Forestier n'avait frappé Maître. Celui-ci n'était pas un aliéné habituellement dangereux : l'amélioration constatée dans son état l'avait même fait attacher au service du médecin de l'asile. Les renseignements fournis sur le compte des deux gardiens ne sont pas défavorables. Cependant, en ce qui concerne Bleuse, un acte de brutalité commis par lui sur un aliéné quelques instants avant la scène qui devait coûter la vie à Maître, permet de penser qu'il recourait assez volontiers à la violence vis-à-vis des malades confiés à sa surveillance.

Interrogé le premier, Bleuse, qui est âgé de vingt-quatre ans, ne nie pas les faits, mais voici comment il les explique : A l'heure du coucher, on fait prendre une potion calmante, sirop de chloral, aux malades; l'aliéné Jean Maître ayant refusé de prendre la potion, on recourut à la camisole de force; Maître s'y opposa; c'est alors que se produisit la scène au cours de laquelle l'infortuné reçut de nombreux coups. Lorsqu'il fut réduit à l'impuissance, les gardiens lui passèrent la camisole de force et le déposèrent sur un lit. Ni le directeur, ni le médecin ne furent informés, ce ne fut que le lendemain, alors qu'on s'aperçut que le malade était en syncope, qu'on avertit le directeur. Il était trop tard : Maître expirait quelques instants après.

Sur interpellation, Bleuse avoue avoir frappé le malade. Interrogé à son tour, Forestier nie avoir placé son genou sur la poitrine de Maître : — Je n'ai, dit-il, exercé de pression que sur l'épaule du malade. Les dépositions des témoins de la scène sont en contradiction formelle avec les dires du gardien Forestier. Le Dr Adam, médecin en chef de l'asile de Clermont, dit que la maison manque de cellules, que les gardiens sont en nombre insuffisant, que tout cela nuit au bon fonctionnement de l'asile.

Après le réquisitoire de M. Scherdlin, procureur de la République et les plaidoiries de MM. Jumel et Revrart, le jury répond négativement aux questions qui lui sont posées. Les gardiens Bleuse et Forestier sont, en conséquence, acquittés.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. *Nominations et promotions :* M. le Dr Lallemant, médecin en chef à Maréville, est nommé directeur-médecin à l'asile de Dijon ; — M. le Dr Brun, médecin en chef à l'asile de Bron,

est élevé à la 2e classe du cadre (28 octobre); — M. le Dr Chambard, médecin-directeur de l'asile de Bourges, est promu à la 1re classe du cadre (28 octobre); — M. le Dr Vernet, directeur-médecin à l'asile d'Auch, est nommé médecin en chef à l'asile de Maréville (4 novembre); — M. le Dr Nicoulau, médecin-adjoint à Saint-Yon, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auch (11 novembre); — M. le Dr Trénel, médecin-adjoint à Levallec, est nommé médecin-adjoint à l'asile Saint-Yon (25 novembre); — M. le Dr Malfilatre est nommé directeur-médecin à l'asile de Saint-Lizier (30 novembre).

Démission : M. le Dr Belle, directeur-médecin à l'asile de Saint-Lizier a donné sa démission qui est acceptée (25 novembre 1895).

Asile d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'internat en médecine.* — Ce concours s'est ouvert le 2 décembre; 57 candidats inscrits; 9 n'ont pas répondu à l'appel et 8 se sont retirés à la lecture de la question écrite : *Substance grise de la moelle* (anatomie et physiologie). Les autres questions restées dans l'urne étaient : 1° *Capsule interne;* 2° *Appareil nerveux du cœur.* — Parmi les 40 candidats qui ont déposé une copie, *deux* sont de nationalité étrangère. Le concours a lieu pour *quatre* places d'interne qui seront vacantes au 1er février 1896. Le jury se compose de MM. Bouchereau, président; Deny, Marandon de Montyel, Legrain, Talamon et Chaput.

Asile de Bron. — Le concours pour l'internat en médecine de l'asile de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : Internes *titulaires* : MM. Serrigny et Picard. — Internes *suppléants :* MM. Lamy, Grousset et Bouveyron.

Archives russes de pathologie, de médecine clinique et de bactériologie, publiées sous la direction de M. V. V. Podwyssotzky, professeur à l'Université de Kieff, avec la collaboration des médecins les plus éminents de la Russie. — Les Archives paraîtront en langue russe le 20 de chaque mois par un fascicule de 96 pages in-8° (ci-inclus un extrait en langue française de tous les articles originaux). — *Les Archives de Pathologie, de Médecine clinique et de Bactériologie* publieront : I. Des travaux originaux avec planches et illustrations. II. Des analyses et revues critiques. III. Bibliographie. — Prix de l'abonnement pour les pays faisant partie de l'union postale, 35 fr. — Le premier numéro paraîtra le 20 janvier 1896. (Librairie C. Ricker à Saint-Pétersbourg.)

Charrin. — *Poisons de l'organisme. Poisons du tube digestif.* — Volume in-18 de 188 pages. — Paris, 1895. — Librairie G. Masson.

Cullerre. — *Rapport du directeur-médecin de l'asile d'aliénés adressé à M. le Préfet pour la session du Conseil général du mois d'août* 1895. — Brochure in-8° de 66 pages. — La Roche-sur-Yon, 1895. — Ve Ivonnet et fils.

Delmas (P.). — *Tremblement hystérique.* — Brochure in-8° de 40 pages, avec 24 figures. — Paris, 1894. — Librairie O. Doin.

Morel (J.). — *L'Enseignement professionnel des gardiens dans les asiles*

d'aliénés. — Brochure in-8° de 11 pages. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, 1894.

SAUVINEAU. — *Un nouveau type de paralysie associée des mouvements horizontaux des yeux*. — Brochure in-8° de 11 pages, avec 3 figures. — Paris, 1895. — Librairie Stainheil.

SCHAFFER (K.). — *Suggestion und Reflex. Eine kristisch-experimentelle Studie über die Reflex phænomene des Hypnotismus*. — Volume in-8° de 123 pages, avec 6 planches hors texte. — Iena, 1895. — Verlag von Gustav Fischer.

SETT SCOTT BISHOP.— *Address on the Founding of the Illinois Hospital*. — Brochure in-8° de 4 pages. — Chicago, 1895. — *American Medical Association Press*.

SÉGLAS (J.). — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* (Salpêtrière 1887-1894), recueillies et publiées par H. Meige. — Volume in-8° de VII-835 pages, avec figures.

TOULOUSE (Ed.) — *Les causes de la folie*. (Prophylaxie et assistance.) — Volume in-8° de X-449 pages. — Paris, 1895. — Société d'Editions scientifiques.

VORONOFF. — *Hystérie*. — Volume in-8° de 123 pages. — Paris, 1895. — Librairie A. Maloine.

ZIEHEN (Th.). — *Leitfaden der Physiologischen Psychologie in 15 Vorlerungen*. — Volume in-8° de 238 pages. — Prix : 6 fr. — Iéna, 1895. — Verlag G. Fischer.

AVIS A NOS ABONNÉS. — *L'échéance du 1er JANVIER étant l'une des plus importantes de l'année, nous prions instamment nos souscripteurs dont l'abonnement cessera à cette date, de nous envoyer le plus tôt possible le montant de leur renouvellement. Ils pourront nous adresser ce montant par l'intermédiaire du bureau de poste de leur localité, qui leur remettra un reçu de la somme versée. Nous prenons à notre charge les frais de* 3 *p.* 100 *prélevés par la poste, et nos abonnés n'ont rien à payer en sus du prix de leur renouvellement.*

Nous leur rappelons que, à moins d'avis contraire, la quittance de réabonnement leur **sera présentée, augmentée des frais de recouvrement,** *à partir du* **20 janvier**. *Nous les engageons donc à nous envoyer DE SUITE leur renouvellement par un mandat-poste.*

Afin d'éviter toute erreur, nous prions également nos abonnés de joindre à leur lettre de réabonnement et à toutes leurs réclamations, la bande de leur journal.

Nous rappelons à nos lecteurs que l'abonnement collectif des **Archives de Neurologie** *et du* **Progrès Médical** *est réduit à* **30 francs** *pour la France et l'Étranger.*

Le rédacteur-gérant : BOURNEVILLE.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 1295.

Vol. I. Février 1896. N° 2

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

Asile Clinique (Sainte-Anne). — Professeur JOFFROY.

LES HALLUCINATIONS UNILATÉRALES ;

Leçon recueillie par Édouard Toulouse,
Chef de clinique, médecin de l'Asile Sainte-Anne.

Sommaire : I. *Nouveau cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe.* — II. *Définition et pathogénie de l'hallucination.* — III. *Deux classes d'hallucinations unilatérales : par lésion sensorielle et par lésion cérébrale.* — IV. *Nécessité de la prédisposition pour la production de l'hallucination.*

Messieurs,

I. — Je désire vous montrer aujourd'hui un malade qui présente des troubles hallucinatoires assez peu communs et dont la pathogénie soulève des questions du plus haut intérêt.

C'est un homme de soixante-cinq ans qui a une histoire assez instructive sous le rapport des antécédents névropathiques. Ses parents et grands parents sont tous morts âgés, le père à quatre-vingt-seize ans, la mère à quatre-vingt-huit, ses aïeuls maternels vers la quatre-vingt-dixième année. Vous savez qu'une telle longévité n'exclut pas toute idée de tare familiale; ce qui est certain c'est que ces ascendants, sur lesquels nous n'avons que des renseignements excellents, peut-être même

trop optimistes, ont eu pour rejetons des individus moins favorisés qu'eux. Le malade est un ivrogne endurci, un de ses frères a les mêmes habitudes d'intempérance, un autre est mort de délire alcoolique aigu et son fils épileptique est interné à Bicêtre depuis l'âge de douze ans. En outre Merc..., notre malade a eu des convulsions en bas âge.

Il est intelligent, a exercé divers métiers et avant la dernière guerre avait réussi, dans la fabrication des plumes, à économiser 40,000 francs, lorsqu'un jour sa femme, qui l'aidait dans son commerce, le quitta à l'improviste, emportant sa petite fortune. Désespéré, Merc... se mit à boire ; et, la guerre franco-allemande étant survenue, il s'engagea et continua, pendant son séjour au régiment, à s'adonner aux excès alcooliques.

Après la guerre, Merc..., trouvant difficilement des emplois convenables, finit par servir chez les restaurateurs et les marchands de vin, sans songer à résister à ses penchants. Le matin, à jeun, il prenait cinq ou six verres de vin blanc, et dans la journée plusieurs bouteilles de vin rouge et quelques verres d'absinthe ou d'eau-de-vie.

Ce régime eut à la longue un fâcheux retentissement sur son cerveau prédisposé, et, en 1881, il eut un accès de délire aigu avec hallucinations de la vue et agitation violente. Détail important, le malade ne semble pas avoir eu à ce moment d'hallucinations de l'ouïe. Après un séjour de six mois à Ville-Evrard il sortit guéri, mais ne tarda pas à retomber dans ses anciennes habitudes. Fortifié par le séjour à l'asile et une abstinence prolongée, il put tout d'abord supporter ces nouveaux excès, mais cela ne devait pas toujours durer. Vieilli, usé par l'âge, l'alcool et la cachexie, il ne devait pas tarder à présenter de nouveaux troubles cérébraux.

Merc... est entré dans notre service le 19 octobre; c'est un homme de soixante-cinq ans, très athéromateux, affaissé, sans énergie physique, toussant, présentant quelques signes physiques de tuberculose pulmonaire ; et paraissant beaucoup plus âgé qu'il ne l'est en réalité. La force musculaire est à peu près égale des deux côtés; mais il se plaint de douleurs, qui présentent quelque chose de particulier. Elles affectent beaucoup plus la moitié gauche de la tête et de la face que la moitié droite. Au moment des paroxysmes, les douleurs sont lancinantes et s'accompagnent de phénomènes sensoriels, tels que : sensations de rayons électriques dans l'œil gauche et bourdonnements

dans l'oreille du même côté. Si l'on presse sur les points d'émergence des branches du trijumeau, on détermine de la douleur. Le malade se plaint aussi de névralgies, survenant par accès, et siégeant sur le trajet des nerfs maxillaires inférieurs. Enfin au moment des crises névralgiques, Merc... a parfois des vertiges et des étourdissements qui durent quelques secondes, pendant lesquelles il perd presque conscience de ce qui l'entoure; toutefois il ne tombe jamais. Les douleurs, très accusées à la face, affectent aussi les membres, avec une certaine prédominance pour le côté gauche, et il est facile, comme vous pouvez vous en assurer, de les provoquer en comprimant même légèrement les nerfs périphériques, le cubital et le radial au coude, le médian au poignet, ou les sciatiques au niveau des fesses et des genoux. En même temps que ces douleurs spontanées ou provoquées, il existe dans ces mêmes parties du corps une sensation habituelle d'engourdissement et des fourmillements très fréquents.

La sensibilité, ou plutôt la faculté de percevoir les sensations de contact et de chaleur, est à peu près intacte, mais il n'en est plus de même du fonctionnement des organes des sens, et j'appelle ici toute votre attention. La vision est diminuée des deux côtés, surtout à gauche, et cet affaiblissement s'explique en grande partie par des opacités des cristallins, ainsi qu'il résulte d'un examen de M. le Dr Sauvineau. Mais c'est surtout du côté de l'audition que nous trouvons des troubles prononcés, très prédominants du côté gauche. Le malade, qui entend à droite le tic tac d'une montre à 25 centimètres et souvent plus, ne le perçoit plus à gauche à partir de 5 centimètres. On constate aussi une diminution très appréciable du goût et de l'odorat.

Voilà donc un ensemble de troubles sensoriels, parmi lesquels il convient de distinguer la surdité assez accusée du côté gauche, avec phénomènes douloureux prédominant dans la moitié gauche de la face, et paroxysmes rappelant quelque peu la migraine ophtalmique. Mais ce n'est pas tout; il existe un autre ordre de phénomènes, qui constituent l'intérêt principal de cette observation. Merc... a éprouvé des hallucinations de la vue, et il perçoit habituellement des hallucinations de l'ouïe, localisées ou du moins très prédominantes à gauche.

Les renseignements qu'il donne ne sont pas bien précis sur les hallucinations visuelles. On sait combien il est parfois difficile à un observateur de localiser des phénomènes de ce

genre dans l'œil droit ou dans l'œil gauche. Le champ visuel des deux yeux ayant une grande partie commune, on ne se rend que difficilement compte qu'une hallucination est unilatérale, et notre malade ne sait pas en réalité si ses hallucinations visuelles ont été unilatérales ou bilatérales. Ajoutons que ces hallucinations consistaient en la vision d'ombres, de figures, d'animaux, par exemple des marmottes qui dansaient.

Plus intéressantes sont les hallucinations de l'ouïe, elles sont mieux localisées, et sur ce point le malade est très affirmatif. Il entend, non seulement des bourdonnements, mais aussi des voix qui se moquent de lui, le plaisantent et l'insultent, et, presque toujours, dans l'oreille gauche. En tout cas, les hallucinations auditives, quand elles sont bilatérales, sont prédominantes à gauche.

Notez que Merc..., si affaibli qu'il paraisse au point de vue physique, a conservé une grande netteté d'observation. Il nous fournit des renseignements très circonstanciés, fait preuve de bon sens et montre une parfaite conscience de son état. Il sait par exemple que ces voix sont des hallucinations ; toutefois quand à l'heure propice du sommeil commençant, elles l'obsèdent, il se laisse parfois abuser quelques instants par elles. Il se lève alors pour mettre ses interlocuteurs à la porte, crie, s'emporte, puis se réveille tout à fait et se recouche « en plaignant sa pauvre tête ».

Il était intéressant de savoir quelles étaient les lésions des oreilles chez notre malade. Nous avons eu recours à l'obligeance de notre collègue le docteur Lermoyez. Voici le résumé de son examen : lésions bilatérales, mais beaucoup plus prononcées à gauche, intéressant l'oreille moyenne (catarrhe chronique de la caisse du tympan, avec ramollissement de la membrane tympanique, relâchement de la chaîne des osselets, enfoncement caractéristique, sténoses tubaires) et aussi l'oreille interne (lésions des terminaisons labyrinthiques des nerfs auditifs, surtout du côté gauche). Ces altérations paraissent très anciennes.

Nous avons donc maintenant tous les détails de la maladie de Merc... C'est peut-être un prédisposé héréditaire, mais c'est à coup sûr un alcoolique, qui a eu un premier accès de délire il y a treize ans, et qui présente actuellement quelques hallucinations de la vue et surtout des hallucinations unilatérales

de l'ouïe. A quoi convient-il de rattacher ces dernières? C'est là le point intéressant que je vais aborder.

II. — Mais auparavant je vous rappellerai brièvement ce que c'est qu'une hallucination et une illusion. Par la connaissance de la pathogénie de ces phénomènes considérés en général, ainsi que par l'étude des autres faits connus d'hallucinations unilatérales, je pourrai, je l'espère, arriver à vous faire saisir l'intérêt de ce cas particulier.

« L'hallucination, a dit Ball en résumant la définition d'Esquirol, est une perception sans objet. » Quand par exemple un individu dit qu'il voit un homme à quelques pas devant lui, alors que rien ne peut en réalité provoquer une telle perception, on dit qu'il est halluciné.

L'illusion n'est qu'une fausse perception. Par exemple un malade, qui, mis en présence de son médecin, reconnaît en lui une autre personne, un parent ou un ami, ou encore une personne imaginaire, est, non plus un halluciné, mais un illusionné. Pratiquement, et dans certaines circonstances, ces deux phénomènes sont plus difficiles à distinguer, ou du moins on ne s'attache pas et il n'y pas intérêt à les séparer. Ainsi vous vous rappelez un alcoolique chronique atteint de névrite périphérique, que je vous présentais dernièrement, il croyait sentir des vers sous sa peau et de la sorte paraissait avoir des hallucinations ; en réalité, il avait plutôt des illusions. Il paraissait bien au premier abord avoir une hallucination puisque rien de semblable à des vers n'excitait ses nerfs sensitifs, mais il avait des fourmillements, des sensations morbides variées dans ses nerfs altérés, et il les interprétait d'une manière erronée en les attribuant aux mouvements de vers qui s'agitaient et sortaient de sa peau. En un mot il y avait une sensation réelle qu'il appréciait mal ; c'est bien là l'illusion.

Il faut aussi se rappeler que les hallucinations ne créent rien et ne font qu'évoquer des images existant dans le cerveau du malade. Par exemple les voix d'un aliéné ne lui parleront jamais que dans les langues qu'il connaît ; et, lorsqu'il a des visions fantastiques, par exemple un animal ayant la tête d'un chat et la queue d'un serpent, c'est que les éléments de ces apparitions étaient dans sa mémoire. Ce qui est nouveau alors, c'est seulement leur juxtaposition particulière. Cette remarque nous permet de considérer le phénomène hallucinatoire, comme une erreur de l'activité cérébrale qui s'est manifestée

tout à fait en dehors des conditions habituelles de l'excitation sensorielle normale, et l'illusion comme une erreur de l'activité du cerveau régulièrement provoqué. Or, il en est de l'hallucination comme de l'illusion et de la perception normale, pour que l'activité du centre contenant l'image hallucinatoire soit éveillée, il faut naturellement qu'il soit excité. Mais il peut l'être de bien des manières, soit par un trouble vaso-moteur, soit par l'irrigation de sang vicié, soit par une lésion, une modification légère, le plus souvent insaisissable des éléments nerveux. Je dis *modification légère ou insaisissable*, car pour qu'un centre puisse produire l'hallucination, il est nécessaire qu'il ait conservé des conditions d'intégrité suffisantes pour permettre son activité. Ainsi se trouvent éliminées du nombre des causes productrices des hallucinations les lésions destructives des centres psychosensitifs. Toutefois des lésions de ce genre, siégeant au voisinage du centre sensoriel, pourraient l'irriter et agir sur lui comme cause d'excitation. Dans ces cas l'hallucination serait considérée avec raison comme étant d'origine centrale.

Mais il peut aussi arriver que l'activité du centre contenant l'image hallucinatoire soit mise en jeu par une excitation des nerfs sensitifs-périphériques. Il s'agit alors d'illusions, ou, comme l'on dit, d'hallucinations d'origine périphérique, par opposition aux hallucinations d'origine centrale. Cette théorie, acceptée par la plupart des aliénistes, est celle qui explique le mieux les faits complexes. Mais il ne faut pas oublier qu'une condition est nécessaire au développement de l'hallucination, c'est la prédisposition vésanique, acquise ou originelle, c'est l'état d'infériorité fonctionnelle des centres cérébraux. Sans cela tous les malades qui ont des lésions irritatives du cerveau (tumeurs, foyers cicatriciels, lésions des vaisseaux, des méninges) seraient en proie à des phénomènes hallucinatoires. Rappelons-nous qu'en fin de compte l'irritation d'un centre cortical ou d'un nerf périphérique ne peut donner que l'*idée* d'une image sensorielle, et pour que le sujet la projette en dehors de lui, la rende en quelque sorte réelle, vivante et objective, il faut un état mental particulier, assez rare puisqu'en somme les hallucinations constituent un élément exceptionnel dans la symptomatologie si riche des maladies du cerveau. Ces réserves faites, voyons si les hallucinations unilatérales peuvent, par leur caractère en quelque sorte expérimental, apporter quelque lumière dans l'étude de ces phénomènes.

III. — Nous avons dit que les faits de ce genre étaient en petit nombre. En fouillant la littérature française et étrangère, on en trouve une quarantaine. Ils ont fait en France l'objet d'une étude d'ensemble de la part de M. Régis[1] en 1881 et plus récemment, en 1892, de M. Toulouse[2], qui a réuni tous les cas observés jusqu'alors. Les conclusions de ces deux auteurs sont un peu différentes. De l'étude des cas connus, M. Régis sort avec cette affirmation que l'hallucination unilatérale est causée par une lésion de l'organe sensoriel périphérique ; M. Toulouse, tout en admettant comme indiscutable, cette catégorie de faits, pense qu'il en est d'autres qui peuvent être légitimement rattachés à des lésions centrales de l'encéphale. Vous savez que dans les discussions de ce genre, il n'est qu'un moyen de se faire une opinion, c'est d'examiner les faits de près. Or quels sont-ils ? On peut les diviser naturellement en deux groupes : ceux où l'hallucination est sans contestation sous la dépendance d'une lésion de l'organe sensoriel, et ceux où elle semble être l'effet d'une altération cérébrale.

Il serait facile de justifier la constitution du premier groupe, en citant les observations de Baillarger, Régis, Ball, Max Buch, Schule, Mabille, pour ne citer que les principales. Je ne rappellerai ici que celles d'une signification indiscutable ; car ce qui importe dans le choix des preuves, c'est leur valeur et non leur nombre. Une observation de M. Régis[3] me paraît présenter une réelle signification à ce point de vue. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-sept ans, qui eut dans l'enfance une otite droite avec écoulement purulent. A l'âge de vingt ans, il commença à souffrir d'hallucinations absolument localisées à l'oreille malade. On fit des cautérisations ponctuées au niveau de la région mastoïdienne, on améliora enfin l'état local et les hallucinations disparurent avec l'otite, au bout de trois mois de traitement. Ball[4] a aussi rapporté le cas d'un jeune homme qui, après un vigoureux soufflet, aurait été atteint d'otite moyenne gauche et peu après d'hallucinations auditives localisées de ce côté. Le traitement local fit disparaître

[1] Régis. *Des hallucinations unilatérales.* (*Encéphale,* 1881, p. 43.)

[2] Ed. Toulouse. *Les hallucinations unilatérales.* (Revue générale, *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 609.)

[3] Régis. Ouvrage cité, p. 68 et suiv.

[4] Ball. *Encéphale,* 1892, p. 1.

ces deux ordres de phénomènes morbides. Mais le cas le plus intéressant, parce qu'il a, par son évolution, la valeur d'une expérience, est celui rapporté par M. Mabille[1]. Cet auteur, ayant à soigner une femme qui présentait un délire mélancolique avec troubles hallucinatoires de l'oreille droite, examina l'oreille affectée, pratiqua un lavage du conduit auditif externe et fit ainsi sortir un grain de blé entouré d'un amas de cérumen. Le soir même, les hallucinations disparurent et la malade guérit peu à peu de son délire mélancolique.

Je crois que ces quelques exemples suffiront pour vous convaincre que la lésion d'une oreille, donnant lieu à des bourdonnements et à des bruits variés par irritation du nerf auditif, peut déterminer la mise en activité morbide du centre sensoriel correspondant, qui interprétera les bruits pathologiques, les transformera en voix et en fera ainsi des hallucinations unilatérales de l'ouïe, mais seulement *quand il y aura prédisposition*. Je dis : quand il y aura prédisposition, parce qu'il faut bien admettre que cette conséquence hallucinatoire n'est pas forcée, sans quoi toutes les personnes souffrant de bourdonnements d'oreilles auraient des hallucinations, alors que c'est la grande exception. L'affaiblissement du cerveau, la prédisposition du centre auditif sont les véritables causes de la production de ce phénomène, que la maladie de l'oreille, la lésion sensorielle périphérique ne fait que déterminer et entretenir. Voilà donc un premier groupe de phénomènes, dont l'existence et l'explication ne donnent lieu à aucune objection de fond ; abordons l'examen du second groupe.

La plupart des faits s'y présentent dans des conditions de complexité telle que l'on est très embarrassé quand on recherche leur interprétation. Ainsi les organes sensoriels (yeux ou oreilles) ne sont pas toujours examinés, ce qui laisse un doute sur la véritable pathogénie de l'hallucination ; et parfois même il existe des altérations à la fois dans le cerveau et dans l'organe des sens, ce qui rend le problème encore plus ardu. D'autres fois encore il y a des lésions cérébrales tellement diffuses ou tellement profondes qu'on se demande comment elles auraient pu donner naissance à des troubles hallucinatoires, qui supposent, je le répète, une intégrité presque absolue du centre cortical.

[1] Mabille. *Cas de guérison d'hallucinations unilatérales de l'ouïe de cause externe.* (*Annales médico-psychologiques,* 1883, 6e série, t. X, 412.)

Sans m'attarder à critiquer le point faible de chacune des observations présentées comme exemples d'hallucinations unilatérales par lésion cérébrale, dont plusieurs doivent être rejetées du débat parce que l'oreille n'a été examinée ni pendant la vie ni après la mort, et dont d'autres, comme celles de M. Lwoff[1] et de M. Toulouse[2], manquent de preuves nécropsiques, seules irrécusables en la matière, je vais rappeler les principaux détails de certains faits, ayant une signification plus précise et paraissant prouver l'existence des hallucinations par lésion des centres cérébraux.

Une malade, dont l'histoire très curieuse nous a été rapportée par Tomaschewski et Simonowitsch[3], présenta durant sa vie des hallucinations de l'ouïe et de la vue qui, à un certain moment, furent unilatérales. Relativement aux hallucinations de l'ouïe il y a lieu de remarquer que si l'autopsie révéla des lésions de la première temporale, siège du centre auditif, on en constata aussi dans l'oreille moyenne, du côté où s'étaient produites les hallucinations de l'ouïe. Mais cette critique ne peut être maintenue pour les hallucinations de la vue, qui disparurent vers la fin de la maladie ; et elles paraissent bien devoir être mises sur le compte d'une lésion sensorielle centrale, puisque l'œil était intact et que l'examen des nerfs et bandelettes optiques ne révéla aucune altération. On trouva du reste des lésions des lobes temporo-pariétaux, et en particulier du pli courbe dont la partie la plus superficielle était remplacée par du tissu sclérosé. Les auteurs supposèrent que cette lésion avait, en se développant, provoqué des hallucinations, lesquelles disparurent lorsque le tissu nerveux eût subi une destruction plus profonde. Nous avouons qu'il nous paraît plus rationnel de rattacher à la lésion de l'oreille gauche, et aux bruits morbides qui en étaient la conséquence, la prédominance (car les hallucinations de l'ouïe étaient doubles) des symptômes hallucinatoires auditifs de ce côté. Quant aux hallucinations unilatérales de l'œil gauche, qui se produisirent plus tard, il semble légitime de les rattacher à la lésion centrale,

[1] Lwoff. *Études sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau.* Th. Paris, 1890, p. 10.

[2] Ed. Toulouse. *Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau.* (*Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 594.)

[3] Tomaschewski et Simonowitsch. Analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1889, p. 22.

mais il y a lieu de se demander par quel mécanisme elles se sont produites dans ce cas.

On peut supposer que là encore, comme pour les hallucinations auditives, il s'agit de fausses sensations qui ont été interprétées d'une manière erronée par la patiente en proie depuis longtemps déjà à d'autres troubles hallucinatoires. En résumé, la lésion de la région du pli courbe aurait donné naissance à des sensations lumineuses, et la malade qui transformait en voix ses bourdonnements d'oreilles, aurait transformé ses sensations lumineuses en hallucinations, ou plus justement en illusions de la vue.

M. Féré[1] a rapporté de son côté une observation très instructive. Il s'agissait d'un homme de soixante-dix-neuf ans qui, à la suite d'attaques épileptiformes, eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Un jour il ressentit une douleur de tête très forte dans le pariétal droit ; le lendemain il présenta des convulsions épileptiformes dans le bras gauche ; et consécutivement il fut sujet à des hallucinations unilatérales du sens du toucher dans le membre supérieur gauche. Il lui semblait parfois que sa main se promenait sur une surface polie, ou bien qu'elle serrait un bâton, ou encore que son bras était pressé par de lourds paquets : or la sensibilité tactile était diminuée à la main et au bras gauche, la sensibilité au froid y était au contraire augmentée, et dans ces conditions il ne nous semble pas téméraire de penser que le malade, ayant éprouvé dans le membre supérieur gauche des sensations morbides, les transforma en hallucinations, avec d'autant plus de facilité qu'il avait déjà des hallucinations de la vue et de l'ouïe. En somme, la lésion cérébrale donne lieu dans les cas de ce genre à des troubles subjectifs de la sensibilité, à de fausses sensations rapportées à la périphérie, et le malade qui est en état hallucinogénique, les interprète et les transforme en hallucinations. C'est donc l'état hallucinogénique du sujet et non la lésion cérébrale qui fait l'hallucination ; la lésion cérébrale ne produit que des fourmillements, des engourdissements, en un mot des troubles subjectifs de la sensibilité, c'est-à-dire la matière première que le cerveau prédisposé, taré, hallucinogène, transforme en hallucinations.

Cette manière d'expliquer la production des hallucinations

[1] Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. 1890, p. 466 et suiv.

en conséquence de lésions cérébrales a été exposée dans la thèse de mon élève M. Wormser[1]. Elle paraît encore plus légitime après la lecture du cas de Lick[2]. Le malade était un paralytique général, qui eut un jour une attaque épileptiforme suivie d'hémiparésie, hémianesthésie et hémianopsie droites, avec aphasie motrice et surdité verbale. Les troubles moteurs et sensitifs s'amendèrent dans les trois jours, des hallucinations se produisirent alors dans l'oreille droite; puis tout disparut, et le malade retomba dans son état habituel. Deux mois après il survint une nouvelle attaque épileptiforme, suivie des mêmes phénomènes qui apparurent et disparurent dans le même ordre. Il est probable que là encore les hallucinations unilatérales n'étaient que la traduction erronée de sensations morbides.

Il faut rapprocher de ces cas les faits d'aura sensorielle unilatérale accompagnant les convulsions épileptiformes; souvent on observe des impressions lumineuses, ou encore des bourdonnements et des sifflements dans les oreilles, etc., mais quelquefois il survient de véritables hallucinations visuelles ou auditives dont la pathogénie est facile à comprendre après ce que je viens de dire. Gowers[3] a même fourni des preuves anatomiques du rapport que nous cherchons à établir. Dans un cas où des convulsions épileptiformes débutaient par une aura auditive rapportée à une seule oreille, il trouva à l'autopsie une tumeur dont la plus ancienne partie était au-dessous de la première circonvolution temporale. Dans ce cas, l'hallucination de l'ouïe était vraisemblablement provoquée, de même que les attaques épileptiformes, par la tumeur, c'est-à-dire par l'irritation du centre sensoriel cortical. Hughes Bennett[4] a rapporté un fait intéressant de traumatisme de la région pariétale droite, ayant donné lieu à des attaques épileptiformes. Celles-ci étaient précédées de visions d'une lumière rouge brillante et suivies d'une amblyopie de l'œil gauche. L'auteur attribue les sensations lumineuses et la cécité à la lésion des régions pariéto-occipitales; en tout cas, la trépanation au niveau du pli courbe fit cesser ces symptômes morbides. Or toutes ces

[1] Wormser. *Les hallucinations unilatérales*. Th. Paris, 1895.

[2] Lick. Analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1892, p. 329.

[3] Gowers. *Archives de Neurologie*, 1891, t. XXI, p. 256.

[4] Hughes Bennett. *The Lancet*, 1889, t. I, p. 674.

auras sensorielles unilatérales peuvent être transformées par un cerveau prédisposé en hallucinations unilatérales.

On a cherché à nouveau dans ces derniers temps à établir un rapport entre certains de ces phénomènes et les lésions nécropsiques, principalement dans la paralysie générale, et Mickle [1], après de nombreuses autopsies, semble s'être convaincu que la plupart des hallucinations de la paralysie générale sont liées d'une façon intime à des lésions des centres sensoriels corticaux du sens intéressé. M. Sérieux [2] a constaté à l'autopsie d'un paralytique général, qui avait présenté durant sa vie des hallucinations psycho-motrices verbales ainsi que des mouvements de mastication, l'existence d'adhérences méningées symétriques très circonscrites intéressant la frontale interne, l'extrémité antérieure du lobe frontal et la 3e frontale (siège des images motrices d'articulation) ainsi que le quart inférieur des circonvolutions ascendantes (siège du centre masticateur). Cet auteur s'appliqua à rattacher l'existence des hallucinations et des impulsions motrices au siège des lésions.

Enfin Hertz [3], qui s'est livré à des études semblables sur des cerveaux d'autres aliénés, a constaté des altérations du lobe temporal coïncidant avec des hallucinations chroniques de l'ouïe, ce qui conduirait à penser que les lésions cérébrales unilatérales peuvent, dans certains cas, donner lieu à des hallucinations unilatérales. Mais il importe de s'expliquer nettement sur ce point. Si une lésion cérébrale détruit un centre, elle se traduit alors symptomatiquement par la suppression de la fonction : si elle ne fait que l'irriter, elle modifie son fonctionnement, donne lieu à une exagération ou à une perversion de la fonction : à de la contracture, à des convulsions, à des mouvements choréiques s'il s'agit d'un centre moteur, à des sensations lumineuses, à de l'amblyopie, à des bourdonnements d'oreilles, à des sifflements, à des fourmillements, à des engourdissements, s'il s'agit des centres dc la sensibilité visuelle, auditive ou tactile ; mais jamais le cerveau étant normalement constitué, la lésion ne donnera lieu à une hallucination. En d'autres termes, il ne suffit pas, pour produire une hallucina-

[1] Mickle. *Journal of mental Science*, 1883, t. XXVIII, p. 26.

[2] Sérieux. *Archives de Neurologie*, 1894, t. XXVII, p. 344 et suiv.

[3] Hertz. Analysé in *Archives de Neurologie*, 1885, t. X, p. 448 et 449.

tion, d'activer un centre sensoriel par une lésion irritative, quelque chose de plus est nécessaire, il faut que ce centre soit modifié, il faut qu'il soit préparé d'une manière originelle ou acquise, il doit avoir cette disposition anormale qui le rend hallucinogène; et c'est pour cela qu'il n'y a pas de lésions produisant d'emblée des hallucinations, comme on pourrait parfois être tenté de le croire. La lésion donne seulement naissance à des sensations morbides (fourmillements, sensations auditives, lumineuses, etc.,) qui sont transformées en hallucinations. S'il en était autrement, l'hallucination serait (nous ne saurions trop le répéter) un phénomène vulgaire dans la symptomatologie de la pathologie organique du cerveau ; elle serait la manifestation habituelle des plaques jaunes, des ramollissements corticaux ou sous-corticaux, des méningites chroniques, des tumeurs cérébrales, et s'observerait communément dans la paralysie générale. Or, nous savons que les choses ne se passent pas ainsi et que, dans la paralysie générale par exemple, il n'est pas rare de trouver des lésions étendues des centres sensoriels chez des malades qui n'ont jamais présenté d'hallucinations, ou encore de rencontrer des lésions de la troisième frontale gauche, analogues à celles observées par M. Sérieux, sans qu'on ait constaté d'hallucinations psycho-motrices. J'ai donc raison de dire que ce n'est pas la lésion qui fait directement l'hallucination, mais bien la modification préalable du cerveau, la prédisposition sans laquelle la lésion, quelle qu'elle soit, sera impuissante à produire l'hallucination.

En résumé, et pour en revenir au sujet de cette leçon, il y a des hallucinations unilatérales d'origine périphérique et d'origine centrale, et c'est par un même mécanisme, du moins dans la majorité des cas, que les altérations des centres sensoriels et celles des organes périphériques donnent lieu à des phénomènes hallucinatoires. Dans les deux cas il y a des troubles sensitifs et des sensations subjectives, qui sont transformées en hallucinations par le sujet prédisposé [1].

Mais puisque nous faisons intervenir la prédisposition comme une condition essentielle, il conviendrait de préciser

[1] C'est intentionnellement, et pour ne pas compliquer la question, que dans cette leçon nous n'avons pas parlé des hallucinations psychiques dont le mécanisme est différent.

en quoi elle consiste, ou du moins d'indiquer les principales circonstances dans lesquelles elle peut se développer.

Cette prédisposition est héréditaire ou acquise.

Héréditaire, nous la trouvons chez ces enfants nerveux qui, atteints de chorée par exemple, ont facilement des hallucinations soit au milieu de la nuit, soit surtout vers le soir. Nous observons encore cette prédisposition congénitale, héréditaire, chez beaucoup d'hystériques facilement suggestionnables. Nous la retrouverons encore chez certains dégénérés mentaux, comme chez cette ancienne religieuse que je vous ai présentée l'an dernier, qui avait une hérédité chargée et à qui il suffisait, même en dehors de toute période délirante, de concentrer sa pensée sur une personne connue pour qu'elle la vit apparaître au point d'avoir l'illusion de sa présence réelle.

Acquise, nous trouvons la prédisposition aux hallucinations chez des enfants, qui ont souffert dans les premirs mois de la vie et dont le système nerveux central a été entravé dans son évolution. Mais c'est surtout sous l'influence de certaines intoxications aiguës ou chroniques, et en particulier de l'alcoolisme prolongé que nous voyons se développer la prédisposition aux troubles hallucinatoires. Et à ce point de vue il est intéressant d'étudier les observations d'hallucinations unilatérales publiées jusqu'à ce jour, en tenant compte bien entendu de ce que l'attention des auteurs n'ayant pas été attirée spécialement sur cette question on n'a pas dû noter l'alcoolisme chaque fois qu'il existait.

Roberston a, dès 1875, fait très nettement cette même remarque que les hallucinations unilatérales se rencontrent surtout chez les alcooliques et plus particulièrement chez ceux qui ont fait des excès récents. Dans l'observation de Mer... que nous venons de relater, il y a bien un certain degré de prédisposition héréditaire, mais l'alcoolisme chronique et invétéré est évidemment le facteur morbide principal qui a rendu son cerveau hallucinogène. La première observation de M. Regis est relative à un ivrogne d'habitude, et dans le second fait du même auteur il s'agit d'un épileptique qui, « à la suite d'excès alcooliques » eut des hallucinations unilatérales de l'œil et de l'oreille gauches. Chez le malade de Raggi on note aussi l'intempérance, de même celui de M. Lwoff est marchand de vins et alcoolique ; enfin le malade de M. Toulouse est encore un ivrogne.

De sorte qu'on peut dire avec Roberston, sans aucune exagération, que l'intoxication alcoolique intervient dans la majorité des cas pour rendre le malade apte à produire des hallucinations. Mais si, en fait, c'est là une condition fréquente, ce n'est pas pour cela une condition indispensable. A l'appui de cette opinion je pourrais, entre autres, invoquer l'observation que je recueillais dernièrément et dans laquelle je notais, d'après des renseignements précis, que la malade n'avait, pendant toute son existence, bu presque exclusivement que de l'eau. En revanche, dans ce cas, la prédisposition héréditaire était très facile à établir. Transmise avec la naissance ou acquise par l'individu, une certaine aptitude morbide est donc essentielle pour la production des hallucinations. Mais cette notion générale, qui doit vous guider dans l'observation des faits en pathologie mentale, ne doit pas non plus vous faire négliger de rechercher les causes déterminantes, quelquefois plus près de nous, qui, ainsi que les lésions sensorielles ou cérébrales actionnent et donnent une forme précise à la prédisposition. Souvent alors vous pourez saisir sur le fait ces véritables *agents provocateurs*, comme les appelait Charcot, et, en les réduisant au silence, obtenir un amendement et même la guérison des troubles vésaniques.

Quelques mois après cette leçon Merc... mourut. On trouva à l'autopsie les lésions des deux oreilles reconnues pendant la vie.

A l'œil nu l'encéphale présentait seulement de l'épaississement des méninges et de l'athérome artériel. L'examen histologique a été fait par mon chef de laboratoire, M. le Dr Klippel; en voici le résultat :

L'examen histologique a porté sur les points suivants :

Le lobe frontal, les première et deuxième circonvolutions temporales droites, la première circonvolution temporale gauche. Sur tous ces points on rencontra des lésions qui sont sensiblement les mêmes pour leur degré et leur nature. Elles répondent exactement à ce qu'on observe en général dans l'alcoolisme chronique avec démence. Elles portent sur les cellules, les tubes nerveux et les vaisseaux. Partout les cellules sont presque toutes, petites, atrophiées, avec des contours irréguliers; il est très rare d'en trouver une ayant nettement conservé la forme pyramidale ou triangulaire et possédant

un noyau à contours nets; elles ont des formes rondes ou ovales, sans prolongements visibles. Le protoplasma est rempli de granulations graisseuses pressées les unes contre les autres, de gros volume; elles entourent souvent complètement le noyau, d'autres fois elles laissent libre un espace comprenant à peu près le tiers du protoplasma. Lorsque le protoplasma n'est pas complètement chargé de granulations, on peut le rencontrer en dégénérescence hyaline avec perte des granulations chromatiques. Les noyaux sont eux-mêmes atrophiés, à bords irréguliers et contiennent aussi des granulations.

Du côté des tubes nerveux il y a des lésions moins accusées, caractérisées par une raréfaction de la myéline et la présence de quelques granulations noires par la méthode de Marchi.

Partout aussi les vaisseaux sont en état de dégénérescence granulo-graisseuse. Dans les artérioles on voit de gros amas disséminés dans la gaine lymphatique, siégeant au niveau des points de bifurcation; ces amas sont constitués par de grosses granulations pigmentaires ou graisseuses. Les vaisseaux capillaires sont altérés de la même manière : amas de granulations siégeant ici dans les cellules endothéliales.

Toutes les lésions qui viennent d'être décrites sont généralisées. Elles ont été retrouvées uniformément dans toutes les circonvolutions citées plus haut.

Mais de plus on rencontre par place un processus de congestion chronique avec dilatation des vaisseaux, pigmentation ocreuse, blocs pigmentaires dans gaines lymphatiques et pigmentation ocreuse des cellules nerveuses elles-mêmes. Cette dernière lésion se trouvait disséminée dans quelques points des circonvolutions frontales antérieures, dans le lobe temporal gauche et particulièrement dans la première circonvolution temporale droite où sur plusieurs préparations on retrouve cette pigmentation.

SUR L'ACCROISSEMENT DE LA FOLIE EN IRLANDE; par Thomas DRAPES. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

Ce travail, très richement documenté, est accompagné de seize tableaux, où tous les détails de la question sont soigneusement examinés et étudiés. Il conclut d'ailleurs à la réalité de l'accroissement du nombre des cas de folie en Irlande. R. M. C.

RÈVUE D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE.

Contrairement à ce qui s'est passé pour ma dernière revue, j'ai aujourd'hui à parler de nombreux et intéressants travaux, tant en ce qui concerne la physiologie que pour le diagnostic et la thérapeutique.

ÉLECTRO-PHYSIOLOGIE.

M. le professeur d'Arsonval a lu à la société de biologie une note intéressante de M. Carpentier sur l'*emploi du condensateur pour régler l'intensité de l'excitation faradique des nerfs* en physiologie. En plaçant un condensateur de capacité connue sur le trajet de l'excitation induite monopolaire ou bipolaire, on a un moyen de régler l'excitation plus avantageux que celui basé sur l'écart des bobines qui varie, comme chacun sait, avec la longueur des fils, leur diamètre et la source de force électro-motrice qui fournit le courant. Ce procédé lui a permis de constater qu'il existe pour une valeur déterminée de la capacité du condensateur un *optimum* d'excitation.

M. le Dr Giltay (de Marseille) propose pour la mesure des courants induits un électro-dynamomètre qui me paraît en effet destiné à rendre de grands services dans les expériences de laboratoire et pour l'électro-diagnostic ; l'appareil est décrit dans les *Archives d'électricité médicale* du professeur Bergonie, de Bordeaux. Il se compose essentiellement d'une échelle divisée en 10° sur laquelle se meut un index relié à l'équipage mobile de l'instrument. Il permet de mesurer les courants alternatifs, les courants induits volto ou magnéto-faradiques et les courants voltaïques à l'aide d'un *shunt*. Un petit pachytrope est joint à l'appareil pour éviter qu'il soit endommagé par de fausses connexions. Mais pour la mesure des courants faradiques, il faut encore, même avec cet instrument, que, si on veut s'entendre, physiologistes et médecins se décident à n'employer que les bobines normales et l'appareil à chariot adoptés par le congrès des électriciens de 1881.

Dans un travail paru le 31 juillet 1895 dans la *Semaine médicale*, M. Lecercle étudie les *modifications de la chaleur rayonnée produites par la faradisation*. Il constate que la température de la peau et celle obtenue par rayonnement s'élèvent progressivement à mesure que l'excitation augmente, mais seulement jusqu'à un certain maximum qui est atteint avant le maximum d'excitation.

Dans ses *recherches expérimentales sur l'effluve statique* (*Arch. d'élect. méd.*, 15 oct. 1895) M. H. Bordier nous montre une action toute différente de cette forme de l'électricité sur la température. L'effluve négatif a une action prédominante non seulement au point de vue de la sensation produite, mais aussi sur les phénomènes vaso-moteurs de la région soumise à son influence. Il se produit un abaissement thermométrique qui varie de 0°,8 à 1°,1, suivant l'effluve employé et atteint son maximum vers la sixième ou septième minute. Les effets vaso-moteurs sont d'autant plus accentués que le débit de la machine est plus grand.

ÉLECTRO-DIAGNOSTIC.

Le Dr E. Huet a présenté au mois de novembre à la *Société française d'électrothérapie* un travail très intéressant sur l'*influence de la résistance sur l'apparition et l'étendue des contractions* et sur le *rôle de la polarisation dans la production des contractions d'ouverture*. L'exploration de l'excitabilité galvanique des nerfs et des muscles est, on le sait, une des parties les plus importantes de l'examen électro-diagnostic et l'adoption des unités de mesure en électricité a marqué un très grand progrès en rendant plus facilement comparables des examens faits soit avec des sources différentes d'électricité soit par des auteurs différents. L'intensité du courant est en effet un élément très important pour juger de la valeur d'une excitation et comme il est très facile d'en connaître la valeur absolue, on a raison d'en tenir compte en première ligne. Mais il faudrait aussi, seulement cela allonge considérablement l'examen, tenir compte de la force électromotrice de la source d'électricité, de la différence de potentiel au niveau des électrodes appliquées sur la peau, de la polarisation des électrodes et des tissus, de la résistance du circuit dans ses différentes parties et aussi de certaines conditions instrumentales. M. Huet s'est attaché dans son travail à montrer comment on peut faire varier quelques-unes de ces conditions.

En ce qui concerne l'*excitabilité quantitative*, il dégage de ses recherches un premier fait : *Une augmentation de la résistance dans le circuit parcouru par le courant galvanique affaiblit l'excitation du nerf ou du muscle à la fermeture du courant aussi bien avec le pôle négatif qu'avec le positif*. Pour l'excitabilité qualitative il s'est servi de deux clefs de Morse associées de telle manière que le courant reste fermé tant qu'on tient l'une des clefs abaissée ; il est ouvert si on l'abandonne à elle-même. Mais ce qu'il nous importe de considérer dans son mode opératoire, ce sont les connexions particulières qui résultent, entre les électrodes appliquées sur la peau, de cette manière de produire les fermetures et les ouvertures de courant dans un sens ou dans l'autre. Pendant le repos des

deux clefs, c'est-à-dire pendant que le courant est ouvert, ces électrodes aboutissent à deux bornes reliées d'une part avec les pôles de la pile et d'*autre part entre elles par un circuit métallique.* Cette seconde condition est très importante à considérer : en effet par le fait de cette disposition, s'il s'est produit une action électrolytique au niveau des électrodes ou des tissus du corps, le courant de polarisation qui en résulte se trouvera fermé sur lui-même; il se trouve ainsi au moment de l'ouverture du courant et pendant toute la durée de cette ouverture mis en court circuit. C'est là une condition qui n'existe pas avec les inversions ordinaires et c'est d'elle que provient la différence des résultats obtenus. Les contractions de fermeture se comportent sensiblement de même avec les deux variétés d'interrupteurs. Pour les secousses d'ouverture il n'en est plus de même et tandis qu'avec les interrupteurs ordinaires elles conservent généralement le rang qu'elles occupent le plus souvent dans la *loi des secousses* avec les deux clefs de Morse associées, elles *dépassent le plus souvent en amplitude les contractions de fermeture et se montrent avant elles,* surtout lorsqu'une résistance de plusieurs milliers d'ohms est intercalée dans le circuit. Lorsqu'il n'y a pas de résistance supplémentaire intercalée dans le circuit, les contractions d'ouverture, tout en étant plus fortes qu'avec les interrupteurs ordinaires, restent plus faibles que les secousses de fermeture et apparaissent après elles.

Les recherches démontrent que, dans les conditions ordinaires de la pratique de l'électro-diagnostic le courant de polarisation joue un rôle très important, peut-être même prépondérant, dans la production des courants d'ouverture, quel que soit l'interrupteur employé.

M. Ettlinger, étudiant les troubles de l'excitabilité électrique dans les polynévrites (*Gaz. des hôp.*, n° 59), arrive à cette conclusion que la diminution de l'excitabilité faradique et galvanique se montre dans le degré le plus léger de la maladie ; la réaction de dégénérescence partielle et plus encore la réaction de dégénérescence complète indiquent des lésions plus profondes qui demandent des mois à guérir, la disparition totale de toute excitabilité est l'indice de lésions incurables, fait rare dans les névrites périphériques. Le passage de la réaction de dégénérescence complète à la partielle est l'indice d'un processus de régénération.

M. Phulpin, dans sa thèse sur la *sciatique* (Paris, 1895), a étudié au point de vue électrique vingt-cinq malades.

Une fois seulement les réactions électriques ont été normales.

C'était dans un cas de récidive légère d'une sciatique très forte l'année précédente. Quatre fois elles ont été trop irrégulières pour qu'on en puisse tirer des conclusions.

Chez huit malades les réactions étaient exagérées : chez deux pour les modes galvanique et faradique et pour le nerf et les mus-

cles ; chez trois pour le nerf seulement. Deux autres présentaient une hyperexcitabilité du nerf au courant faradique, le dernier au courant galvanique. Dans ce groupe ne figurent que deux névrites, l'une avec exagération de l'excitabilité du nerf au courant faradique, l'autre avec exagération pour les deux courants. Dans huit autres cas il y a eu diminution de l'excitabilité. Dans cinq cas l'auteur a pu constater la réaction de dégénérescence, mais dans un seul elle était complète (sciatique avec amyotrophie du poplité externe). Jamais elle n'a porté sur tout le domaine du sciatique ; dans le cas où elle était le plus étendue elle avait respecté le mollet. C'étaient cinq cas de névrite avec amyotrophie marquée.

En somme, la réaction de dégénérescence est exceptionnelle dans la sciatique vulgaire amyotrophique ; lorsqu'elle existe, elle est le plus souvent limitée à un nombre restreint de muscles. L'excitabilité du nerf et des muscles pour une des formes de courant ou pour les deux est plus fréquemment exagérée dans la névralgie, diminuée dans la névrite ; mais ces règles comportent certaines exceptions que le peu de développement des observations de l'auteur ne me permet malheureusement pas de préciser.

Le traitement des neurasthénies par l'électricité simple ou associée à d'autres médications a été l'objet d'un certain nombre de travaux.

Je dois signaler d'abord celui du docteur L.-H. Petit (*Gaz. des Hôp.*, 1895) intitulé *Rapports de la neurasthénie avec la scoliose et quelques autres difformités orthopédiques*. Pour l'auteur la presque totalité des enfants atteints de scoliose dite essentielle ont des antécédents névropathiques et sont de plus eux-mêmes presque tous des neurasthéniques. C'est cet état qui déterminerait chez eux un affaiblissement général des muscles et en particulier de ceux qui sont situés de chaque côté de la colonne vertébrale. L'examen électrique ne révèle pas d'altérations graves de leur nutrition. Le traitement rationnel déduit de cette pathogénie consiste à associer l'électrisation aux longs repos au lit, au massage et aux exercices volontaires exécutés au commandement.

Le docteur Imbert de la Touche conseille dans son Traitement de la neurasthénie l'*action combinée de l'électricité et de la médication hypodermique* (*Revue internationale d'électricité* et *Congrès de Bordeaux*, 1895). Il emploie l'électricité sous toutes ses formes en l'associant aux injections hypodermiques d'arséniate de strychnine, d'or, de glycéro-phosphates, de phosphore. Dans les cas où l'électricité se montre insuffisante les injections hypodermiques ajoutent leur action stimulante sur le système artériel. Si celui-ci est en hypotension, le malade est soumis d'abord aux bains statiques. En cas de céphalalgie, on met au-dessus de sa tête un disque à pointes d'argent qui, suivant l'auteur, dégage des effluves sédatives. On peut aussi employer un faisceau de chiendent qui donne une

sensation de fraîcheur. C'est là, on le voit, une sorte d'application de la méthode de Burq. Les bains électrostatiques et les bains à courants sinusoïdaux doivent être donnés tous les jours au début, puis de plus en plus espacés. Leur durée doit être d'une demi-heure. Les injections hypodermiques sont en même temps pratiquées tous les jours et de préférence le matin.

Le docteur Foveau de Courmelles (*Avancement des Sciences, Congrès de Bordeaux*) préconise la douche et le bain statiques. Il y ajoute, lorsqu'il y a des symptômes cérébraux ou médullaires, la galvanisation ascendante ou descendante, suivant qu'on veut exciter ou calmer.

La durée de la franklinisation doit augmenter progressivement. Lui aussi se montre un adepte de Burq en préconisant la douche statique à travers des peignes métalliques divers : argent, nickel, aluminium.

Le professeur Raymond, dans son article sur le *Myoclonus* (*Progrès médical*, 1895) après avoir soigneusement établi le diagnostic différentiel et les analogies du paramyoctonus multiplex avec la chorée dite électrique et le spasme saltatoire étudie les modifications de l'excitabilité électrique. Il recommande la plus grande réserve, quant au pronostic et conseille comme traitement les bains franklinieus.

Au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bordeaux, j'ai présenté une étude comparée du *Traitement du goitre exophtalmique par l'électricité galvanique et faradique*. De la comparaison des observations publiées il se dégage nettement cette conclusion que le traitement galvanique est le traitement de choix à cause de l'action électrolytique du courant sur le goitre et aussi parce que la faradisation est dangereuse à manier. Il résulte d'expériences personnelles que l'électricité a une action très probable sur la sécrétion thyroïdienne qu'elle modifie et qu'elle agit dans ce cas comme le traitement thyroïdien. Dr L.-R. Regnier.

MÉDECINE SOCIALE.

Sur le rôle futur du médecin dans le traitement scientifique du crime et des criminels ; par Austin Flint. (*The New-York Medical Journal*, 19 octobre 1895.)

La grande notoriété de l'auteur, la remarquable largeur de vues

qu'il apporte dans l'examen de la question, l'importance même de cette question feront excuser l'étendue que nous donnons au compte rendu de ce travail, dans certaines parties duquel nous suivrons l'auteur presque pas à pas.

Lombroso, dans son travail sur l'*Anthropologie criminelle* appliquée, cite un passage d'un essai sur la peine de mort, dans lequel Rondeau dit que les assassins eux-mêmes sont des malades, comme les autres criminels, et qu'il faut les punir parce qu'ils troublent le cours de la vie sociale, et aussi parce qu'ils entravent le développement de l'espèce ; — mais si l'on admet que le crime est l'aboutissant naturel et la conséquence logique d'un état morbide, il ne saurait avoir d'autre punition qu'un traitement médical.

Il s'en faut de beaucoup que la société soit prête à accepter les conséquences logiques d'une pareille manière de voir ; mais on est obligé de reconnaître que, avec les lois existantes et leur mode d'application, notre manière actuelle de procéder, à l'égard du crime et des criminels, n'aboutit qu'à un échec, et à un échec si lamentable dans ses résultats, qu'il est difficile de prévoir l'étendue du désastre où nous tendons, si une révolution complète ne survient pas dans l'étude scientifique du crime et de la peine.

D'après des auteurs compétents, le crime coûterait, dans la Grande-Bretagne, dix millions de livres sterling par an ; aux Etats-Unis, les dépenses qu'il nécessite atteindraient le chiffre de cinquante-neuf millions de dollars. Et le crime augmente dans une mesure absolument disproportionnée avec l'accroissement de la population ; voici, pour les Etats-Unis, les chiffres précis :

Années.	Nombre des prisonniers.	Proportion avec le chiffre de la population.
1850	6,737	1 pour 3,442
1860	19,086	1 pour 1,647
1870	32,981	1 pour 1,171
1880	58,609	1 pour 855
1890	82,329	1 pour 757

En Angleterre, en Allemagne, en France, en Italie, dans tous les pays civilisés, le système pénal ne diffère pas sensiblement de celui des Etats-Unis, et le traitement du crime n'y est pas plus heureux. Comment s'étonner alors de voir des hommes qui ont étudié cette grave question, s'écrier, comme le jurisconsulte allemand Von Liszt, que « les différents systèmes pénaux actuellement existants sont impuissants contre le crime ».

Tout système pénal a pour objet la protection de la société ; tous les faits cités démontrent que cette protection devient de plus en plus insuffisante, et qu'il y a lieu de s'alarmer de cette insuffisance. Les chiffres, avec lesquels on ne discute pas, montrent qu'il faut dans les méthodes pénales une réforme radicale, et qu'il la faut prompte.

En matière de crime et de peine, il faut se garder d'une sentimentalité qui serait aussi déplacée qu'en médecine ou en chirurgie. Le crime est une lésion du corps social, que l'on peut sinon détruire, du moins enrayer et qui veut être traitée intelligemment et scientifiquement. On a surabondamment démontré que les criminels se divisent en deux catégories : les curables et les incurables; pour séparer ces deux catégories, pour rendre la première à son utilité sociale, pour protéger la société contre la seconde, il faut avoir recours à des hommes compétents ; les jurisconsultes, ceux qui font la loi comme ceux qui l'appliquent, ont échoué dans cette tâche; l'auteur pense que c'est maintenant aux médecins qu'il convient de s'adresser. Mais l'expérience nous apprend de quelle faible influence le médecin dispose en matière législative ; il faut donc se borner à espérer que les juges, les jurisconsultes et les législateurs consentiront désormais, dans l'étude de la loi, à s'aider des lumières de la science moderne.

Le système tout entier des lois criminelles existantes repose sur l'idée ancienne de la vengeance ou du talion, rajeunie sous le nom de châtiment. L'idée même de loi, en ce qui touche le crime et les criminels, demande à être soumise à un nouvel et sérieux examen. Au sens rigoureux et scientifique du mot, une loi est quelque chose qui existe, qui a toujours existé et que l'esprit de l'homme ne conçoit pas comme pouvant cesser d'exister. On ne peut pas plus faire, défaire ou modifier une loi, qu'on ne peut créer ou anéantir un atome de matière. L'homme ne fait pas les lois, il les découvre.

Il peut, dans une certaine mesure, modifier le fonctionnement des lois naturelles; mais ces lois demeurent fixes et immuables. L'univers entier, animé ou inanimé, sans excepter l'homme, vit et progresse conformément à des lois, connues ou inconnues; ces lois, que subit l'homme, sont psychiques aussi bien que physiques, et nul acte humain ne s'accomplit sans une cause, immédiate ou éloignée. Au sens juridique, et dans ses rapports avec l'organisation sociale, on peut définir la loi « l'équité formulée et la justice appliquée » ; mais, suivant les belles paroles de Blackstone : « Aucune loi humaine n'est valide si elle est contraire à la loi naturelle et toute loi valide, médiatement ou immédiatement tire sa force et son autorité de sa conformité avec la loi naturelle. »

Le médecin a su découvrir les moyens de modifier les lois naturelles en vue de la guérison et de la prophylaxie de certaines maladies ; c'est à lui qu'on s'adressera un jour — et ce jour est sans doute prochain — pour la guérison et la prophylaxie des maladies morales; c'est à lui qu'on demandera de faire le diagnostic différentiel des criminels curables et des criminels incurables. Alors on verra s'évanouir la théorie surannée de la punition du crime et le traitement des criminels se résoudra en deux ordres de mesures :

mesures de réforme et d'amendement pour les criminels curables; mesures de protection de la Société à l'égard des criminels incurables.

Le diagnostic doit logiquement précéder le traitement. Personne ne songe à rendre l'aliéné responsable des actes criminels qu'il commet; mais toute infraction morale a-t-elle une cause physique? Existe-t-il une anomalie ou un défaut physique qui puisse pousser à commettre tel ou tel crime dans des conditions favorables à l'entier développement de cette anomalie ou de ce défaut et à leur manifestation par un acte criminel ? Ce sont là des questions qui préoccupent les criminalistes contemporains.

On a souvent dit que la frontière qui sépare le crime de la folie est étroite et mal précisée; rien ne le prouve mieux que les distinctions que l'on a établies entre la criminalité et la folie dite « folie morale ». L'auteur estime toutefois qu'il n'est pas ordinairement difficile de distinguer la folie de la criminalité pourvu que l'on soit en possession de données complètes et suffisantes ; la première distinction à faire est entre l'aliéné criminel et le criminel aliéné. Pour les différences fondamentales à cet égard, on ne saurait mieux faire que de prendre pour guide Garofalo; pour ce criminaliste distingué, le crime commis par un aliéné n'a d'autre but et d'autre objet que le crime même, sans idée aucune d'avantage ou de profit à en retirer, sauf la satisfaction même de le commettre. Le criminel, au contraire, recherche un avantage matériel par un moyen qu'il n'a aucune satisfaction, qu'il a même souvent de la répugnance à employer. En d'autres termes, ce qui caractérise l'aliéné, c'est le plaisir anormal et exclusif de tout autre avantage qu'il trouve à commettre un crime. La classification des criminels n'est pas difficile, et Hack Tuke accepte, en la modifiant légèrement, celle de Ferri qui est excellente; elle comporte trois catégories : 1° les criminels passionnels; 2° les criminels d'occasion; 3° les criminels-nés.

Le criminel par passion est un être qui manque de pouvoir sur lui-même; on ne peut le considérer comme un ennemi de la société, à l'égard de laquelle il n'est que très modérément dangereux. Il a généralement le remords de son crime, qui ne s'exerce d'ailleurs presque jamais contre la propriété, mais seulement contre la personne d'autrui. Il est néanmoins nécessaire qu'il subisse les conséquences de son acte criminel.

Le criminel d'occasion (demi-criminel de Lombroso) commettra ou ne commettra pas de crime suivant qu'il rencontrera ou ne rencontrera pas une occasion ou une tentation; la faiblesse de son caractère peut le conduire à n'importe quel acte; il faut le ranger parmi les criminels, car sans une tendance au crime plus ou moins marquée, il ne commettrait pas les actes auxquels il se laisse entraîner. La distinction de Havelock Ellis entre le criminel pro-

fessionnel et le criminel-né de Lombroso paraît à M. Austin Flint artificielle.

La science n'a pas à s'occuper des crimes passionnels. Les conséquences judiciaires ou morales qui en résultent suffisent d'ordinaire à corriger la violence du caractère et à prévenir toute récidive. Il convient aussi d'écarter de la criminalité tous les menus délits dont les législateurs paraissent s'ingénier à augmenter chaque année le nombre : vendre du pain ou du vin aux heures défendues, violer certains règlements de salubrité ou de convenances publiques ne révèle pas une tendance criminelle; et il y a beaucoup d'hommes et encore plus de femmes à qui l'on ne fera jamais comprendre que c'est un délit d'éluder certaines obligations fiscales. S'il est nécessaire d'appliquer, tant qu'ils sont en vigueur, des règlements de cette nature, il serait absurde de voir dans leur violation une tendance criminelle.

Il reste donc à étudier, au point de vue scientifique, le criminel d'occasion, le criminel habituel et le criminel-né.

Le criminel-né présente généralement des signes évidents de dégénérescence ; s'il fallait s'en rapporter absolument à Lombroso, on admettrait même que quiconque ne présente pas ces anomalies n'est pas un criminel-né. Mais celles dont le caractère est purement physique, se rencontrent fréquemment chez l'homme normal, à un degré variable, et sont compatibles avec une vie parfaitement régulière et honnête; seulement, on ne saurait nier que ces signes de dégénérescence, qui sont plus ordinaires chez le criminel que chez l'homme normal, et qui s'observent, respectivement, d'une manière plus accusée dans certaines formes de criminalité, ne soient très utiles pour classer un criminel, et même pour se rendre compte du plus ou moins de danger qu'il fait courir à la société, du plus ou moins d'espoir que l'on peut conserver relativement à son amendement moral. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que ces anomalies physiques, alors même qu'elles accompagneraient une hérédité criminelle, ne constituent pas une preuve de criminalité. Ainsi la théorie de Lombroso et de son école faiblit sur deux points : l'absence d'un élément normal de comparaison ; la fréquence des exceptions.

D'autre part, les signes caractéristiques moraux et mentaux de la criminalité sont assez nets et assez définis. Dans les vrais crimes, c'est-à-dire ceux qui constituent une violation de la loi naturelle, les anomalies ou les particularités mentales ou morales peuvent être utilisées en vue du diagnostic, de la classification et du traitement, et c'est alors que les anomalies purement physiques viennent réellement peser de tout leur poids dans la balance.

Chez le criminel d'occasion, on peut ne rencontrer aucun des signes caractéristiques physiques ou moraux de la criminalité ; c'est un malheureux qu'il faut traiter avec soin et protéger contre

les influences extérieures nocives qui en feraient facilement un criminel d'habitude.

Le criminel de profession et le criminel d'habitude sont les plus dangereux ennemis de la société. Ils forment une organisation dirigée par ceux de leurs semblables qui sont doués d'une intelligence supérieure. Ils peuvent ne présenter que peu ou point les anomalies dites de dégénérescence; mais, après les plus grands crimes, ils n'ont jamais le sentiment du remords ; ils ne vivent pas solitaires, ils s'associent, et parlent une langue de convention, l'argot, dont ne se servent jamais ni le criminel passionnel, ni le criminel d'occasion. Ils ne sont pas lâches comme les criminels-nés ; ils sont sobres, prudents, sans amitiés réelles, et leurs attachements féminins sont sans durée et sans stabilité. Leurs crimes sont profitables. Dugdale dit avec raison qu'il faut que nous nous débarrassions de cette idée que « le crime ne rapporte pas ». L'idéal serait de trouver un moyen de rendre le crime improductif, mais la chose est malaisée.

C'est surtout au criminel-né que le médecin peut avoir affaire, et son étude serait excessivement utile à notre système social ; il présente toujours des anomalies mentales et morales caractéristiques. Ces criminels sont plus ou moins intelligents et acceptent d'ordinaire la direction de ceux qui sont les mieux doués; ceux qui sont d'intelligence inférieure présentent presque toujours des stigmates physiques. Beaucoup sont incapables de bénéficier d'une éducation quelconque. On a remarqué que la plupart des criminels n'ont jamais appris de métier manuel. On constate presque toujours chez eux le phénomène que Havelock Ellis appelle l'insensibilité morale, et qu'il faut distinguer avec soin de ce que l'on a désigné sous le nom de folie morale. Cette insensibilité est caractérisée par un défaut d'appréciation, — au point de vue du criminel lui-même — du bien et du mal, et par une complète absence de repentir ou de remords. En effet le criminel-né n'a jamais de remords, et l'on peut dire que là est le signe pathognomonique de la criminalité congénitale.

Le caractère général et la manière de vivre des criminels habituels sont à la fois intéressants et instructifs ; ils sont vains, superstitieux, constitutionnellement paresseux et imprévoyants, souvent excitables et sentimentaux. Ils parlent un argot spécial, différent de l'argot courant, et sont volontiers adonnés au tatouage, qui est assez commun chez eux pour prendre une valeur presque caractéristique. Sans essayer d'aborder ici cette grave question, il faut noter en passant, chez ces criminels, la toute-puissante et déplorable influence de l'hérédité.

Quand le diagnostic et la classification du criminel ne sont pas fournis par sa propre histoire, ils ne peuvent plus l'être que par l'observation dont il est l'objet à la prison ou à la maison de cor-

rection ; et un prisonnier, âgé de moins de trente ans et qui en est à sa première condamnation, est certainement un sujet d'étude fort intéressant. Mais cette étude n'est profitable que si l'on a recours au système de la sentence indéterminée, c'est-à-dire à durée variable. Le juge et le jury peuvent bien préciser le crime et la responsabilité qui en découle ; ils ne peuvent ni mettre en lumière le caractère vrai du criminel, ni fournir les indications nécessaires pour le traiter intelligemment. Vouloir mesurer le châtiment au crime, c'est obéir à un esprit de vengeance, par lequel il n'appartient pas à l'homme de se laisser guider. Van Hamel a dit justement que le plus grand obstacle auquel se heurtent les tendances nouvelles dans le traitement des criminels, est la doctrine de la satisfaction pénale, dérivée de cette « vieille idée de vengeance qui a la prétention de confier à l'homme une tâche qu'il convient de ne laisser qu'aux mains de Dieu ». Et Wines dit encore : « Il ne suffit pas que la jurisprudence criminelle soit humaine, il faut encore qu'elle soit intelligente. »

La loi a entouré les criminels de tant de garanties que beaucoup de crimes demeurent impunis ; en revanche il est certain que les condamnations injustes sont extrêmement rares. Mais lorsqu'un criminel est condamné, il devrait être remis aux mains de l'Etat, chargé de pourvoir à son traitement ultérieur. Le juge ne devrait pas fixer ce qu'on est convenu d'appeler le châtiment. L'auteur est heureux de dire que la législation de l'Etat de New-York offre au magistrat de nombreuses facilités pour s'abstenir de fixer la peine. Tout le monde admet l'avantage qu'il y a pour la société à faciliter l'amendement des criminels, et tous les criminalistes reconnaissent, sans exception, que la condition première de cet amendement, c'est le caractère indéterminé de la sentence. L'auteur rapporte ici des textes qui montrent que les lois existantes dans l'Etat de New-York ont pourvu à la classification des criminels, à l'amendement de ceux qui en sont susceptibles et à la protection de la société contre ceux qui sont incorrigibles. Or, c'est le médecin qui est le mieux qualifié pour présider à l'application et au développement de ces réformes. La manière de procéder à l'égard des criminels est l'une des grosses questions sociales de l'heure actuelle ; il n'y a pas de raison pour que l'on ne traite pas, d'après les données scientifiques modernes, le crime comme une maladie et le criminel comme un malade. La punition, considérée comme rétribution du crime, ne peut plus trouver place dans ce système ; elle ne doit être conservée que comme élément de discipline, dans les prisons et dans les maisons de correction. Il ne faut pas se demander si *cela vaut la peine* de corriger les criminels, mais bien si l'on *peut* les corriger, et à cet égard l'auteur a pu recueillir des données intéressantes à la maison de correction (*Reformatory*) d'Elmira, dans l'Etat de New-York.

Le système de cette maison, — qu'il serait trop long d'étudier en détail — consiste à autoriser, au bout d'un certain temps de traitement, la libération sur parole. On compte, — et ce relevé paraît exact — que sur 3,725 libérés sur parole, depuis 1876 jusqu'au 30 septembre 1893, 3,051, c'est-à-dire 81,9 p. 100 étaient amendés. Sur 4,797 libérations indéterminées, c'est-à-dire sur parole, ou à l'expiration du maximum de durée de l'internement, ou pour toute autre cause, la proportion des amendés était de 63,6 p. 100. Ces calculs reposent en partie sur des estimations; en 1887 et 1888 on a essayé d'atteindre une plus grande précision, et ces recherches, plus restreintes, mais plus exactes, ont porté sur 1,722 prisonniers. On a pu obtenir des renseignements certains sur 1,125 de ceux qui avaient été mis en liberté sur parole, et on a trouvé que le chiffre de ceux qui ne s'étaient pas mis en état de récidive était de 78,5 p. 100. La règle de la maison est de faire bénéficier d'une libération définitive tout libéré sur parole dont la conduite a été satisfaisante pendant six mois.

La maison de correction d'Elmira ne reçoit que des hommes âgés de seize à trente ans, et condamnés pour la première fois pour un crime impliquant la réclusion dans une prison d'Etat. L'internement ne peut jamais dépasser le maximum de durée de la peine encourue; le minimum n'est pas fixé. Le criminel est mis d'abord en observation; puis suivant sa conduite, il passe des catégories inférieures dans les supérieures, tout comme il peut redescendre si sa conduite n'est pas satisfaisante. Un prisonnier qui se conduit bien peut mériter en un an sa liberté sur parole.

L'établissement d'Elmira comporte une école littéraire, une école technologique, une école de gymnastique, une série d'ateliers et une organisation militaire; les ateliers comprennent trente-quatre états différents, et, bien qu'ils n'aient pas été créés dans cette intention, ils constituent une très importante source de bénéfices. Aucun prisonnier n'est libéré sur parole tant que l'on n'a pas pu le pourvoir d'une situation et aussi de la somme d'argent nécessaire pour vivre jusqu'au moment où il touchera son premier mois de salaire. Il reste en surveillance pendant six mois, durant lesquels il peut être reintégré à Elmira, s'il ne se conforme pas aux conditions de sa libération.

Les facteurs qui contribuent à donner de si remarquables résultats sont les suivants : 1° la durée indéterminée de la peine, qui laisse l'espoir de la libération et encourage chez le prisonnier tout effort vers une amélioration morale ; 2° la discipline, qui est rigoureuse et inflexible, aidée des exercices militaires; il est beaucoup de prisonniers à qui l'on n'a jamais enseigné à se maîtriser eux-mêmes ni à se soumettre à une discipline; 3° l'exercice physique et l'absence de toute occasion de commettre un excès quel qu'il soit; 4° l'éloignement d'un milieu et de fréquentations dont l'ac-

tion est démoralisante; 5° l'éducation et l'enseignement technique.

Il est tellement rare, — sauf le cas de crime passionnel ou accidentel — qu'un criminel au-dessus de trente ans soit accessible à l'amendement moral, que les prisonniers qui ont dépassé cet âge sont exclus des établissements où l'amélioration morale des criminels est seule poursuivie. Si le criminel n'est plus susceptible de se corriger, il faut l'enfermer, le condamner si l'on veut à un travail forcé, mais utile pour subvenir à son entretien; mais en sachant bien qu'il s'agit là de protection sociale et non de punition. Quand on interne un aliéné dangereux, on le fait pour protéger la société, mais il serait absurde de le faire avec la pensée que l'on empêche ainsi d'autres hommes de devenir fous et dangereux, ou même que l'on empêche d'autres aliénés de se livrer à des actes de violence.

L'idée de restitution ou de réparation d'un dommage n'influe guère sur la manière actuelle de procéder à l'égard des criminels; elle est cependant très en honneur dans l'école italienne, et Garofalo a énergiquement insisté sur sa valeur, qui est en effet considérable, puisque, méthodiquement appliquée, elle contribuerait à restreindre ou à détruire le bénéfice du crime.

L'auteur regrette de ne pouvoir, faute de temps et de place entrer dans le détail des mesures qu'il conviendrait de prendre contre l'alcoolisme et la prostitution, deux vices qui ont toujours existé et qui existeront toujours, mais qu'il n'est pas impossible de restreindre. Mais il veut terminer ce travail de criminologie par quelques considérations sur la peine capitale.

La peine capitale élimine le criminel et protège la société contre le danger que lui ferait courir une postérité criminelle comme lui; elle constitue un procédé simple et commode d'extermination. Mais s'il est admis à peu près généralement qu'un homme a le droit d'ôter la vie à un autre homme pour sauvegarder la sienne, s'ensuit-il que nous ayons le droit, dans un but de punition, de protection ou d'exemple, de supprimer une vie humaine. Punir de mort un crime, c'est commettre un autre crime. Il n'existe, en faveur de la peine de mort qu'un seul argument, l'exemple, et il est discutable; car si des criminalistes éminents lui attribuent une grande valeur, il en est d'autres, non moindres, qui la contestent absolument; pour n'en citer qu'un seul, Mac Donald rapporte que sur 167 criminels condamnés à mort en Angleterre, 164 avaient assisté à des exécutions capitales.

Jamais un médecin ne pourra logiquement admettre la suppression d'une vie humaine. Comment, en effet, pourrions-nous reconnaître la légitimité de la peine capitale, nous qui ne voulons ni ne pouvons, — alors que ce serait faire œuvre de charité et de miséricorde, — abréger l'existence d'un malheureux en proie aux torturantes souffrances d'une affection incurable, ou d'un aliéné dangereux dont la guérison est impossible. Comme acte de sauvagerie,

l'exécution d'un criminel dépasse le cannibalisme, car, ainsi que l'écrivait Montaigne, il est plus barbare de tuer un homme vivant que de le rôtir et de le manger quand il est mort.

Dugdale dit que lorsque les criminels constituent pour la société un danger permanent et réel, il faut les empêcher de nuire, mais surtout les empêcher de donner le jour à des êtres semblables à eux ; et que ce but, que l'on atteignait autrefois par la pendaison, est aujourd'hui atteint par l'emprisonnement perpétuel. Dugdale n'a pas osé suggérer une méthode propre à organiser l'extinction de la race ; mais il en est une, — moins sévère que la peine capitale, — qui se présente immédiatement à l'esprit.

En terminant, l'auteur s'excuse des lacunes que présente son travail, et il exprime une fois de plus l'espoir de voir les médecins prendre dans l'étude des questions de criminologie et de pénalité la place importante, prépondérante même qu'ils sont particulièrement aptes à occuper. R. DE MUSGRAVE CLAY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

I. SUR LA FOLIE MORALE ET SES RAPPORTS AVEC LA CRIMINOLOGIE; par le professeur BENEDIKT (de Vienne). (*The Journal of mental Science*, octobre 1894.)

Les termes « folie morale » et « obsession » ont donné lieu à de fausses interprétations en matière de science et de criminologie pratiques. C'est néanmoins un grand progrès en psychologie d'avoir reconnu que beaucoup d'actes vicieux ou criminels sont le résultat de défectuosités congénitales. Ces défectuosités s'accompagnent quelquefois d'anomalies anatomiques de la forme du corps, et spécialement du crâne; mais la valeur de ces anomalies est relative, nullement absolue.

Le terme « folie morale » a été appliqué à ces cas de défectuosités psychologiques congénitales ; mais il prête à l'équivoque, et il conviendrait de lui préférer le mot de « *dépravation morale* », et de distinguer une forme active (*perversité morale*) et une forme passive (*insuffisance morale*).

Il faut toujours se souvenir que tout acte criminel a une importance sociale aussi bien qu'une importance scientifique, et que la sécurité de la société n'est pas une question médicale. Il est évident aussi que les personnes entachées de dépravation morale congéni-

tale ou acquise ne doivent pas être traitées de la même manière que les aliénés.

La confusion de l'aliénation et de la dépravation donne naissance à un véritable danger social, surtout lorsque vient s'y ajouter la confusion entre l'irresponsabilité métaphysique et l'irresponsabilité criminelle. La science médicale et la science juridique ne seront à l'abri de ce danger que lorsque la doctrine kantienne des « *autonomies* » aura pénétré dans toutes les intelligences cultivées.

On peut, au sujet de la conduite d'un homme, discuter la question de la responsabilité métaphysique; mais ce débat demeure étranger à la procédure criminelle, qui ne peut admettre l'irresponsabilité comme cause de la non culpabilité que si elle est fondée sur l'aliénation mentale démontrée.

Il faut se souvenir aussi qu'un niveau intellectuel inférieur à la moyenne et une faiblesse d'esprit congénitale ne suffisent pas à démontrer la folie chez un sujet atteint de perversité morale. Tous les psychologues savent qu'un faible d'esprit peut fort bien appartenir à la classe de l'*homo nobilis* et qu'un homme de génie peut être pourvu d'un sens moral notablement insuffisant. C'est pourquoi l'auteur propose les conclusions suivantes : 1° la dépravation morale congénitale ou acquise, n'est pas un motif de non culpabilité d'un acte criminel ou vicieux; 2° le principe de non culpabilité ne peut être appliqué qu'aux cas où les actions criminelles ou vicieuses sont bien réellement le résultat d'un état d'aliénation mentale aigu, chronique ou périodique; 3° la combinaison de la dépravation et de la faiblesse d'esprit congénitale n'est pas un motif de non culpabilité.

Il reste ici à discuter la question des « obsessions », mais on peut établir sommairement que l'on ne doit considérer les actes dits irrésistibles comme relevant effectivement de l'aliénation mentale que lorsqu'ils se présentent sous la forme de véritables explosions et ne sont pas seulement l'exagération d'un état normal. Par exemple, si une personne très irascible devient furieuse, la non-culpabilité ne devra pas, en règle générale, être admise pour un crime commis dans cet état de fureur. Mais lorsque sans motif objectif ou subjectif suffisant, une personne devient subitement furieuse, nous admettrons la nature pathologique de l'explosion, même si nous n'en pouvons préciser le motif réel.

4° Il s'ensuit que les obsessions sont nécessairement imprévues et impossibles à prévoir, et que par conséquent elles entraînent la non culpabilité; mais lorsqu'une anomalie paroxystique de conduite n'est que l'exagération d'un état psychologique habituel, la culpabilité subsiste.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'application de ces principes aux cas d'inversion sexuelle congénitale.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

II. Sur les affections de la faculté musicale dans les maladies cérébrales; par William W. Ireland. (*The Journal of mental Science*, juillet 1894.)

Les documents n'abondent pas sur les rapports de la faculté musicale avec les maladies cérébrales et l'aliénation mentale; aussi pensons-nous qu'il sera agréable au lecteur de nous voir rendre compte un peu longuement du travail de M. Ireland.

L'auteur déclare tout d'abord qu'il n'est guère enclin à admettre la théorie suivant laquelle la musique serait issue du langage par voie d'évolution; mais on peut reconnaître que les premières traces de la faculté musicale sont peut-être représentées par les mouvements rythmiques que l'on observe chez certains idiots du type le plus inférieur. Chez les sauvages d'autre part, la musique paraît être étroitement liée à la danse. Chez tous les peuples, certains mouvements, comme ceux de ramer, de bercer, sont accompagnés de chants. Il est à peu près incontestable que la musique (le mot étant pris dans son sens le plus large) n'est pas un art technique, mais une faculté de l'esprit. Toutefois, en dehors de Gall, dont la doctrine est abandonnée, aucune tentative n'a été faite pour localiser la faculté musicale en un point particulier du cerveau. — Il faut remarquer que de tous les talents le talent musical est peut-être celui qui se transmet le plus fréquemment par voie d'hérédité.

Entre la musique et le langage, il existe, sinon une analogie, du moins un parallélisme que le Dr Brazier (*Revue philosophique de la France*, t. XXXIV) a excellemment fait ressortir : dans les deux cas, il est fait usage de symboles qui peuvent être évoqués à l'aide d'images motrices, auditives et visuelles. La note musicale peut être chantée ou jouée mentalement, mentalement entendue, lue ou écrite, tout comme la lettre, symbole phonétique, ou le mot peuvent être mentalement prononcés, lus, ou écrits. Comme le langage, la musique s'apprend par imitation, mais la lecture musicale demande plus d'efforts que la lecture des mots; le musicien débutant ne comprend bien ce qu'il déchiffre, — lentement d'ailleurs et laborieusement, — qu'en jouant ou en chantant, tout comme l'individu qui sait à peine lire, lit à haute voix son texte pour s'aider à comprendre.

Nous savons dans quelles conditions une lésion nettement définie d'un des deux hémisphères abolit la fonction du langage, laissant intactes les autres facultés; mais nous ignorons si une lésion analogue peut anéantir la faculté musicale en respectant les autres facultés, ce qui nous conduit à admettre que cette faculté est exercée par les deux hémisphères, avec possibilité de suppléance d'un hémisphère par l'autre.

Il est évident qu'il existe entre la musique et le langage une connexion parfois impossible à rompre. Tout langage possède des

intonations modifiables par les émotions. Dans certaines langues, l'italien par exemple, l'euphonie est l'âme même du langage. L'accroissement de la tendance musicale du langage aboutit à la poésie. L'auteur a connu un assez grand nombre de personnes, absolument indifférentes à la musique, et possédant une oreille très délicate relativement à la mesure et à la cadence du vers; ces personnes ne distinguaient pas une fausse note, mais une faute de quantité ou un pied de trop dans un vers les choquaient, ce qui prouve qu'il existe une différence entre la mélodie des tons et la mélodie des vers.

Dans l'aphasie motrice, la faculté d'expression musicale est généralement compromise, bien qu'elle puisse ne l'être qu'à un faible degré. L'auteur cite à cet égard divers exemples intéressants, observés par Knoblauch, Griffen, Hochwart, et par lui-même.

La contre-partie de l'aphasie motrice se rencontrerait chez un malade qui aurait conservé la faculté du langage en perdant celle du chant ou de l'expression musicale; mais aucun cas de perte isolée du pouvoir d'expression musicale ne paraît avoir été rapporté jusqu'à ce jour. Toutefois, un fait qui se rapproche de ce cas, jusqu'ici idéal, a été publié par Brazier d'après une communication écrite qu'il a reçue en 1873 (cas de Barrê, de l'Opéra-Comique).

Wallaschek mentionne un certain nombre de cas dans lesquels des musiciens ont soudainement oublié leur rôle ou leur partie dans des opéras ou des concerts. Mais il s'agit là d'une amnésie temporaire, pouvant relever de causes diverses et n'ayant rien de spécial à la musique, puisqu'elle se rencontre également chez des acteurs de drame ou de comédie.

La contre-partie de la surdité aux mots, ou aphasie sensorielle, serait fournie par l'incapacité de distinguer les sons musicaux des autres bruits (amnésie sensorielle, *Tontaubheit*, de Wallaschek). En général, dans l'aphasie sensorielle, le pouvoir de distinguer les sons subsiste. Mais il est des personnes qui naissent avec une grande incapacité de différencier les bruits musicaux; on dit d'elles qu'elles n'ont pas « l'oreille musicale ». Brazier parle d'un homme pour lequel toute note jouée sur le piano avait le même son, et un professeur de musique a déclaré à l'auteur qu'il connaissait une personne incapable de distinguer le son du violon de celui de la trompette. Il n'est pas très rare de rencontrer des soldats incapables de distinguer les sonneries du clairon. Brazier rapporte quinze cas d'amnésie sensorielle consécutive à une affection cérébrale.

Dans quelques cas d'aphasie soigneusement observés, on a remarqué que l'impossibilité de *lire* les notes accompagnait la perte de l'*écriture;* mais il y a aussi des cas de perte isolée de l'une ou l'autre de ces deux facultés.

Oppenheim a publié l'observation de dix-sept cas d'aphasie, soigneusement étudiés au point de vue musical, et il résulte de ces observations que la faculté musicale survit généralement à la perte du langage chez les aphasiques; elle n'était en effet abolie que chez deux malades.

D'autre part, Finkelburg, Charcot et d'autres auteurs ont rapporté des cas où, en dehors de toute aphasie, les malades avaient perdu la faculté de lire la musique, tout en conservant le pouvoir d'exécuter de mémoire ou de reproduire des airs entendus. Le cas de la maîtresse de piano, — rapporté par Bernard — est bien connu, et Brazier a observé un fait de cécité des signes musicaux (amusie visuelle) sans aucun mélange d'alexie ou cécité des mots.

Le même auteur a bien étudié les associations des airs musicaux avec des représentations auditives, avec des représentations ou des impulsions motrices, avec des contractions du muscle tenseur du tympan, avec de légers mouvements de la gorge ou du larynx. Quelquefois la musique est associée au son d'une voix, ou à l'image de la notation musicale; mais ceci est plus rare. On conçoit toutefois qu'un trouble apporté dans des associations de ce genre puisse entraver ou affaiblir la faculté musicale. Il y a naturellement des degrés dans l'exercice de la faculté musicale, et ces degrés vont du simple plaisir éprouvé à l'audition de la musique jusqu'à la composition.

En général les idiots éprouvent du plaisir à entendre la musique; mais il y a aussi des idiots et des imbéciles qui sont absolument indifférents à la musique. Wildermuke a examiné comparativement 180 idiots et 82 enfants sains; il a trouvé qu'un tiers à peu près des idiots avaient à l'égard de la musique une capacité moyenne; 11 p. 100 des idiots et 2 p. 100 des enfants sains étaient absolument dépourvus de toute capacité musicale. Le même auteur ajoute une observation intéressante : les gens du village de Stetten, d'où provenaient les enfants sains, sont réputés pour leur aptitude musicale, et presque tous ces enfants avaient été instruits dans l'art de la musique, ce qui n'était pas le cas pour les idiots; on peut donc déduire de la comparaison, que les idiots possèdent la faculté musicale à un degré assez élevé. Toutefois ils n'atteignent que très rarement à l'habileté d'exécution, ce qui tient probablement surtout à leur défaut d'application mentale, à leur indolence générale et à leur gaucherie ordinaire dans les exercices corporels. Toutefois leur aptitude musicale contraste singulièrement avec leur manque absolu de sens esthétique.

On sait combien la faculté musicale est étrangement accrue dans le somnambulisme et dans l'hypnotisme. Dans le délire causé par le haschisch, les hallucinations musicales atteignent, paraît-il, une merveilleuse beauté. Enfin, dans l'exaltation de la manie, la

puissance d'expression musicale est quelquefois considérablement augmentée, mais elle ne s'exerce guère que d'une façon un peu incohérente.

La folie avec hallucinations permet, suivant les observations de l'auteur, la conservation du sens musical; mais il en est de même, en ce cas, de la plupart des facultés mentales.

Ribot a établi, comme une loi de régression, que la mémoire est constituée par une stratification d'impressions dont les couches les plus profondes sont les plus anciennes, et qu'elle se détruit en sens inverse de la façon dont elle a été acquise. Ceci conduirait à supposer que, dans la démence, la faculté musicale doit être l'une des dernières à disparaître, et c'est en effet ce que l'on observe dans un certain nombre de cas. Mais il est aussi beaucoup de déments chez lesquels la faculté musicale participe à la déchéance des autres facultés. Toutefois, M. Ireland a eu l'occasion de lire le travail du Dr Legge sur la faculté musicale et chez les aliénés, et en constatant le désaccord qui existe sur ce point entre son distingué confrère et lui, il a été amené à mettre en doute l'exactitude de sa propre manière de voir, bien qu'elle soit partagée par d'autres auteurs. En terminant, M. Ireland formule les conclusions suivantes que nous traduisons textuellement :

« La région cérébrale dans laquelle siègent le sentiment musical et l'activité musicale n'est pas limitée aux circonvolutions de l'hémisphère gauche auxquelles correspond l'aphasie motrice ou sensorielle. Il me semble que la faculté musicale doit s'exercer des deux côtés de l'encéphale. La question de savoir si son activité correspond à une région circonscrite du cerveau, demeure douteuse. Il serait désirable de posséder des observations propres à démontrer si les maladies de l'hémisphère droit peuvent abolir le pouvoir de chanter, de suivre ou de reproduire des mélodies. J'incline à penser que ce pouvoir ne peut être détruit que par des lésions intéressant simultanément les deux côtés du cerveau. Il me paraît aussi que la faculté musicale peut survivre à des lésions cérébrales étendues, alors même que celles-ci ont plus profondément atteint les facultés mentales plus complexes. »

R. DE MUSGRAVE CLAY.

III. LA MUSIQUE ET LA FACULTÉ MUSICALE DANS LA FOLIE; par Richard LEGGE. (*The Journal of mental science*, juillet 1894.)

La faculté musicale comprend : 1° la capacité de reconnaître des sons d'une hauteur définie et les rapports de ces sons entre eux, c'est-à-dire l'*oreille musicale;* 2° la susceptibilité émotive à l'égard de l'influence musicale (ce qui suppose un goût naturel ou cultivé pour la musique); 3° une habileté plus ou moins grande dans l'exécution de la musique soit vocale, soit instrumentale;

4° la faculté de composer de la musique originale. Ces trois derniers degrés de la faculté musicale s'expliquent et se comprennent d'eux-mêmes; il convient d'entrer dans quelques détails relativement au premier degré ; le premier degré est analogue au sens des couleurs, lequel est imparfait chez beaucoup de sujets sains, mais, probablement, ne fait jamais entièrement défaut. Si peu développée que soit l'oreille musicale, il semble qu'elle existe toujours, au moins au degré nécessaire pour permettre de distinguer un son très haut d'un son très bas. A partir de ce niveau on peut rencontrer tous les degrés de la faculté musicale. Lorsque l'oreille musicale existe, elle s'accompagne ordinairement du sentiment du rythme, mais ce dernier sentiment peut être très marqué alors que le premier est tout à fait rudimentaire. Il est à remarquer en passant que le sens des couleurs fait plus souvent défaut chez les musiciens que chez toute autre catégorie de personnes (Edridge Green). Une aptitude spéciale pour une forme d'art paraît limiter l'aptitude pour les autres formes, et les poètes sont souvent fort mal doués au point de vue de l'oreille musicale. La sensation du rythme, d'ailleurs, n'est pas particulière aux musiciens.

Dans la *manie aiguë*, on constate généralement une incohérence de la pensée musicale comme des autres formes de la pensée. — Dans la *manie subaiguë*, les malades chantent souvent, ou jouent d'un instrument, d'ailleurs sans trop se préoccuper de la mesure ou de l'air. — Dans la *manie chronique*, le sens musical est mieux conservé, et c'est dans cette catégorie de malades que se recrute le plus souvent la musique des asiles. Quelques-uns sont de bons exécutants; mais ils jouent sans expression, obéissant bien plus à leurs sensations du moment qu'à la pensée musicale du compositeur. Ils sont, en tout cas, moins accessibles à l'influence de la musique que les sujets sains.

Les *mélancoliques*, en état de dépression, ne jouent que rarement, et la musique ne leur fait d'ordinaire aucun plaisir. Quoi qu'on en ait pu penser, il n'y a guère à compter sur la musique comme agent thérapeutique dans la mélancolie, sauf peut-être dans la convalescence, si le malade était, à l'état normal, sensible aux impressions musicales.

Dans les cas de « melancholia attonita » toutes les facultés esthétiques paraissent abolies ; on ne comprendrait guère d'ailleurs qu'un malade absolument insensible à des malaises physiques intolérables pour un sujet sain, demeurât accessible à des impressions d'art.

Dans la *paralysie générale* on voit souvent des malades, normalement bien doués au point de vue musical, s'exagérer leurs aptitudes musicales, comme ils s'exagèrent toutes leurs autres facultés, mais, en réalité, le niveau de la faculté musicale est très abaissé.

Dans la *démence* les aptitudes esthétiques subissent la même

déchéance, — et peut-être plus rapidement encore — que toutes les autres aptitudes mentales; mais la faculté de jouer d'un instrument peut quelquefois survivre à la perte du pouvoir d'apprécier la musique.

Dans les *manies partielles*, la faculté musicale peut être intégralement conservée.

L'étude de la faculté musicale chez les idiots est évidemment l'un des côtés les plus intéressants de la question; malheureusement l'auteur n'a pu observer qu'un nombre de cas assez restreint. Il a cependant examiné cinquante sujets atteints d'idiotie à des degrés différents, et il a constaté que trente d'entre eux écoutaient la musique avec plaisir, que vingt lui étaient totalement indifférents, que quinze pouvaient fredonner, ou siffler, ou chanter des airs sans paroles, et que cinq étaient capables de chanter des airs avec paroles. On constate fréquemment chez les idiots l'existence d'un sens esthétique rudimentaire, alors que les autres attributs mentaux font totalement ou presque totalement défaut, et l'on peut rencontrer chez eux un degré de capacité musicale qui est en disproportion manifeste avec le développement général de leur mentalité; on en sera moins surpris si l'on réfléchit à la précocité de l'apparition du sens esthétique chez l'enfant. Au point de vue de l'oreille et de la sensibilité à la musique, les idiots ne paraissent pas être inférieurs à des sujets sains dénués de culture musicale.

Dans les *folies acquises*, les formes supérieures de la faculté musicale, — celles où la musique est un moyen d'exprimer des idées intellectuelles ou des émotions particulièrement complexes — sont généralement amoindries ou altérées, comme il était aisé de le prévoir.

En somme, les points principaux à noter sont : l'existence de la faculté musicale chez les idiots, sa déchéance dans la démence, sa perte intégrale dans la démence organique et dans la démence paralytique. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IV. SUR LA MÉLANCOLIE : TROIS OBSERVATIONS; par Frank HALLEK STEPHENSON. (*The New-York Medical journal*, 27 juillet 1895.)

Les points principaux de ce travail sont relatifs à l'utilité du diagnostic différentiel entre la mélancolie légère et la neurasthénie très accusée, — et au traitement de la mélancolie. L'auteur rapporte trois cas où d'heureux résultats ont été obtenus au moyen du traitement qu'il préconise, traitement qui ne nous paraît d'ailleurs pas différer sensiblement de celui qui est généralement usité. Notons cependant cette remarque, dont nous lui laissons la responsabilité, que, surtout à la période de convalescence, les opérations pratiquées sur les organes pelviens sont quelquefois suivies

d'heureux effets au point de vue mental, alors même que ces opérations sont légères et inutiles. R. DE MUSGRAVE CLAY.

V. LA LÉGISLATION RELATIVE A L'ALIÉNATION MENTALE EN IRLANDE; par John EUSTACE. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Travail intéressant et bien documenté, mais que nous devons nous borner à signaler au point de vue de la législation comparée des aliénés. R. M. C.

VI. UN CAS DE GROSSESSE TUBAIRE SANS RUPTURE DE LA TROMPE, AVEC TUMEUR KYSTIQUE DE L'OVAIRE DU CÔTÉ OPPOSÉ; OPÉRATION; MANIE ET PHLEGMATIA ALBA DOLENS CONSÉCUTIVES; GUÉRISON; par A. C. BUTLER SMYTHE. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

L'observation dont il s'agit est rare; elle est recueillie avec soin; mais le titre même en résume exactement les points principaux. R. M. C.

VII. HISTOIRE D'UNE EXPÉRIENCE RELATIVE A LA FAÇON DE PROCÉDER A L'ÉGARD DES ALIÉNÉS CERTIFÉS TELS DANS LA PAROISSE DE BARONY DE GLASGOW; par John CARSWELL. (*The Journal of mental Science*, juillet 1894.)

Cette expérience relative surtout au mode de placement des aliénés curables ou incurables, suivant le cas, et à la manière de faire constater leur état d'aliénation et de curabilité, est étroitement liée aux formalités et coutumes, d'ailleurs assez variables, usitées en Angleterre et en Ecosse : elle a donc surtout un intérêt local; aussi devons-nous nous borner à signaler ce travail à ceux de nos lecteurs qui s'intéressent spécialement à la législation comparée de l'aliénation mentale. R. M. C.

VIII. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE ET A LA PATHOLOGIE DES ALTÉRATIONS NEURO-MUSCULAIRES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS; par Alfred W. CAMBELL. (*The Journal of mental Science*, avril 1894.)

Ce travail est basé sur l'étude de douze cas intéressants : nous ne pouvons malheureusement pas les analyser ici et nous devons nous borner à résumer les conclusions de l'auteur. Il constate que les recherches actuelles, jointes à celles des auteurs qui l'ont précédé dans cette voie, ont fourni d'une manière indiscutable la preuve de la dissémination des lésions morbides dans le grand appareil nerveux de contrôle. Des signes cliniques indéniables montrent que c'est ce système qui est le premier affecté : mais dans l'état actuel de la science, nous restons forcément dans le

domaine des conjectures lorsqu'il s'agit de préciser quel est le facteur véritable de cette destruction nerveuse, et dans l'ignorance où nous sommes de la pathogénie vraie de la maladie, il nous est extrêmement difficile d'établir la pathologie des altérations neuro-musculaires qui l'accompagnent. Cependant, si l'on considère séparément les altérations neuro-musculaires de la paralysie générale, et si on les compare avec les modifications observées dans les autres névrites multiples, on constate, au point de vue anatomique, une étroite ressemblance entre ces altérations neuro-musculaires propres à la paralysie générale et celles qui se rencontrent dans les névrites multiples; mais l'analogie pathogénique existe surtout entre ces lésions et celles des névrites multiples toxémiques primitives intrinsèques. Bien entendu cette remarque ne s'applique qu'aux cas purement idiopathiques de paralysie générale, et nullement à ceux où l'alcool et la syphilis ont joué un rôle pathogénique, donnant naturellement naissance à des effets toxémiques secondaires du côté du système nerveux périphérique.

Poursuivant la comparaison, l'auteur estime que les altérations qui se rencontrent dans la paralysie générale sont certainement comparables à celles que l'on observe dans celles des névrites toxiques où le virus, autant du moins que l'état de la science nous permet de l'affirmer, a pris naissance primitivement et intrinsèquement dans l'organisme, indépendamment de toute affection morbide définie ou connue. Il ajoute qu'un état de ce genre du liquide sanguin nous fournit une explication bien plus probante et plus satisfaisante que toute autre de la dissémination lointaine de la maladie, de l'altération des cordons médullaires qui n'ont pas de relations physiologiques avec les centres craniens ou les nerfs périphériques, de la répartition symétrique des lésions dans les nerfs de la périphérie et de l'envahissement général des petits canaux vasculaires; enfin la prolifération cellulaire dans la membrane qui tapisse les ventricules cérébraux et la moelle, prolifération qui est un caractère si essentiel de la paralysie générale, et que l'on observe si souvent dans les autres névrites purement toxiques (par exemple dans la névrite alcoolique), vient évidemment à l'appui de la théorie de l'auteur en indiquant la présence d'une substance toxique dans le liquide céphalo-rachidien dont on connaît les connexions intimes avec le sang.

Il est donc impossible à l'auteur d'adopter l'hypothèse suivant laquelle les lésions neuro-musculaires périphériques seraient secondaires, et consécutives à des troubles de nutrition déterminés eux-mêmes par des altérations primitives du cerveau. Il se peut toutefois que cette hypothèse soit partiellement vraie, puisque nous savons parfaitement que des altérations de tissu peuvent donner naissance à des agents toxiques capables d'agir sur les nerfs (diabète, anémie) : mais ce qui est incontestable, c'est que dans

des cas rapidement mortels de paralysie générale, dans lesquels les altérations cérébrales et les troubles mentaux n'avaient pas eu le temps d'atteindre une période avancée, l'auteur a rencontré des lésions trés accusées des nerfs périphériques, et qu'il ne manquait pas de preuves cliniques pour démontrer que l'apparition de ces lésions avait été précoce : dans un des cas rapportés, notamment, où les altérations musculaires avaient manifestement et de beaucoup précédé les altérations nerveuses, il est impossible d'admettre que ce premier groupe d'altérations ait été entièrement sous la dépendance des modifications du tissu cérébral.

L'auteur ne se propose pas de discuter les autres théories : en faveur de chacune d'elles on a apporté de sérieux arguments; il se borne à constater que, suivant lui, aucune d'elles n'est en mesure de fournir une explication satisfaisante des lésions neuro-musculaires qu'il a observées et décrites.

La prédominance des lésions dans les portions les plus périphériques des nerfs résulte ici, comme dans les autres névrites, de leur situation même : à la fois plus éloignées de leurs centres trophiques, et doués d'un degré plus élevé d'organisation et de sensibilité fonctionnelle, elles subissent aussi des conditions doublement désavantageuses et sont exposées à une influence plus active de l'agent toxique : l'auteur tient cette explication pour également applicable aux nerfs sensitifs et aux nerfs moteurs.

Si l'on admet la théorie qui vient d'être exposée, on se rend beaucoup plus facilement compte de beaucoup d'altérations de la sensibilité ou du mouvement couramment observés dans la paralysie générale : en effet les lésions nerveuses périphériques contribuent pour une large part aux phénomènes parétiques ou paralytiques; il en est de même pour l'atrophie des muscles et ponr divers troubles cutanés, sensoriels et trophiques, et la même interprétation pathogénique est encore applicable aux troubles de la parole et de la déglutition. R. DE MUSGRAVE CLAY.

IX. NOTES SUR UN CAS DE FOLIE ATAXIQUE; par J. Vincent BLACHFORD. (*The Journal of mental Science*, juillet 1895.)

Ce cas est un nouvel exemple de la difficulté qu'il y a différencier avec quelque précision les symptômes mentaux qui se rencontrent dans quelques cas d'ataxie locomotrice et ceux qui appartiennent à la paralysie générale. S'agit-il ici d'une ataxie locomotrice à symptômes mentaux, ou d'une paralysie générale à symptômes ataxiques? En faveur de ce dernier diagnostic, on peut alléguer que les symptômes physiques étaient ceux d'une ataxie locomotrice typique : la constriction éprouvée à la gorge, les signes d'acidité stomacale étaient dues probablement à des crisés pharyngées et gastriques. On constatait en outre la perte précoce et permanente

du réflexe du genou, la démarche ataxique, l'engourdissement des pieds et le signe d'Argyll Robertson. En revanche la rapidité de la marche de la maladie, sa terminaison funeste par des crises convulsives plaident contre l'ataxie en faveur de la paralysie générale. La rareté des cas de ce genre mixte conduit à se demander s'il ne peut y avoir chez le même sujet coïncidence des deux affections. En tout cas, s'il s'agit ici d'un cas d'ataxie, il faut qu'il ait été d'une forme particulièrement aiguë. Mais si, d'autre part, on a eu affaire à un cas de paralysie générale avec symptômes ataxiques, on doit le considérer comme un des cas rares, dont Bevan Lewis a pu dire qu'ils témoignent par leur allure clinique de l'analogie bien nette, sinon de l'identité des processus morbides qui se retrouvent au fond du tabes dorsalis et de la paralysie générale. R. M. C.

X. L'opinion courante sur les questions médico-psychologiques en Allemagne, d'après le professeur Ludwig Meyer, de Göttingen; par A. R. Urquhart. (*The Journal of mental Science*, avril 1894.)

On ne peut que signaler ici ce mémoire intéressant qui touche successivement à tous les sujets de la psychiatrie et qui par cela même échappe à toute analyse utile. R. M. C.

XI. Sur quelques-uns des points de vue les plus nouveaux de la pathologie de la folie : démonstration pratique a l'aide de préparations anatomiques; par W. Lloyd Andriezen. (*The Journal of mental Science*, octobre 1894.)

Les recherches du Dr Andriezen ont été publiées dans le *Brain* de 1894 : elles présentent un réel intérêt, que ne saurait avoir la simple analyse d'une démonstration pratique, faite sommairement devant un Congrès. R. M. C.

XII. Un cas de paralysie générale chez une fillette de neuf ans et neuf mois; par Edwin L. Dunn. (*The Journal of mental Science*, juillet 1895.)

Par ses symptômes, par sa marche, par sa terminaison, par les altérations constatées à l'autopsie, ce cas est bien et dûment un cas de paralysie générale, remarquable surtout par l'âge de la malade, puisque la maladie a été reconnue à l'âge de neuf ans et trois mois, et que, d'après les constatations faites au moment de l'admission, il est légitime de supposer qu'elle avait débuté un certain temps auparavant. La durée de la maladie a été courte (quinze à seize mois); la démence est survenue d'une manière précoce, et il n'y a pas eu d'idées de grandeur. Il est à remarquer que la menstruation s'est établie pendant le cours de la maladie mentale.

Il est incontestable que les cas de paralysie générale chez les très jeunes sujets, fort rares autrefois, se sont notablement multipliés dans ces derniers temps. Est-on plus attentif et plus habile aujourd'hui à reconnaître la maladie, ou faut-il voir là le résultat d'une hérédité due au genre de vie mené par les parents dans les conditions nouvelles et souvent fâcheuses de la civilisation moderne? L'auteur penche pour la première hypothèse. R. M. C.

XIII. Le taux de l'age et de la mortalité des aliénés dans les districts ou l'accumulation des aliénés est le plus considérable; par T. Algernon Chapman. (*The Journal of mental Science*, juillet 1894.)

Travail intéressant, très largement documenté, concernant exclusivement les aliénés du Henfordshire (comté où se rencontre la plus formidable accumulation d'aliénés), et dont on ne pourrait donner une idée qu'en reproduisant intégralement les tableaux de statistique et les graphiques qui l'accompagnent et l'éclairent.
R. M. C.

XIV. Les sulfates dans l'urine des paralytiques généraux, étudiés surtout au point de vue de leurs rapports avec les attaques observées chez ces malades; par John Turner. (*The Journal of mental Science*, janvier 1895.)

L'auteur a résumé le résultat de ses recherches dans les conclusions suivantes : 1° dans huit cas de paralysie générale examinés à une période relativement précoce de la maladie, on n'a pas noté que l'excrétion des deux formes de sulfates s'écartât sensiblement de la normale; — 2° dans les cas observés à des périodes diverses de la maladie la proportion entre les deux formes de sulfates tendait à s'accroître à mesure que la maladie progressait; — 3° dans les onze cas étudiés de la paralysie générale avancée, l'excrétion des sulfates combinés était considérable et le taux proportionnel de ces sulfates combinés par rapport aux sulfates préformés était très élevé, ce qui indique pour cette période de la maladie une augmentation très notable de l'activité des processus de putréfaction intestinale; — 4° aussi bien au point de vue absolu qu'au point de vue relatif, l'excrétion des sulfates combinés est plus considérable au moment des attaques qu'aux autres époques de la maladie.
R. M. C.

XV. Un cas de catalepsie avec silence prolongé alternant avec de la verbigération; par John Warneck. (*The Journal of mental Science*, janvier 1895.)

Homme de quarante-trois ans, intelligent, actif, très cultivé

sans hérédité nerveuse : interné pour la première fois en 1880, il croit avoir en lui un automate qui dirige sa conduite; il est halluciné. Trois ans plus tard, il se croit le fils d'Arabi Pacha. Pendant quelque temps, catalepsie et mutisme; puis amélioration légère; ensuite il devient bruyant et de nouveau silencieux. L'alternance de ces deux états continue pendant plusieurs années. Quand il parle, c'est pour répéter d'une façon monotone des phrases dépourvues de sens. En somme, les troubles du langage sont du mutisme, alternant avec de la verbigération ou de la déclamation emphatique de paroles sans suite; les troubles moteurs sont de la catalepsie et l'exécution monotone de mouvements automatiques. La sensibilité générale paraît au moins obtuse. Les troubles trophiques et vaso-moteurs sont manifestes. Les pupilles sont quelquefois inégales. L'urine est normale.

Ce cas présente de grandes analogies avec la description de la catatonie donnée par Neisser, mais il en diffère aussi sur plusieurs points importants, et l'auteur hésite à en faire un cas de catatonie.

R. M. C.

XVI. Manie aigue dans un cas de cellulite pelvienne; par J. Christian Simpson. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1895.)

Cas intéressant dans lequel des symptômes d'excitation maniaque se sont manifestés d'une manière extrêmement intense à l'occasion d'une inflammation péri-utérine. Les deux guérisons, physique et mentale, ont marché aussi parallèlement que possible, et toutes deux sont actuellement complètes. R. M. C.

XVII. Note sur un cas d'extraction de corps étrangers du vagin; par W. Russel Strapp. (*The Journal of mental Science*, juillet 1895.)

Il s'agit d'une aliénée qui souffrait depuis assez longtemps d'une leucorrhée abondante, fétide et rebelle à tous les traitements, mais qui ne se plaignait d'aucune douleur et ne présentait pas de phénomènes généraux. Le toucher vaginal, et d'autres raisons, ayant fait soupçonner la présence d'un corps étranger, la malade fut anesthésiée, et l'on put ainsi, non sans une certaine peine retirer de la cavité vaginale un morceau de bois de deux pouces de longueur et d'un pouce de largeur, un éteignoir ordinaire, muni de son crochet et finalement une boule de cuivre de deux pouces trois quarts de circonférence : tout ce petit arsenal s'était casé dans la cavité vaginale sans y avoir causé de dégâts sérieux. Ce fait indique une fois de plus la nécessité d'une exploration vaginale attentive dans tous les cas de leucorrhée rebelle chez les aliénées.

R. M. C.

XVIII. Observation d'un cas d'épilepsie avec aphasie; par Franck Hay. (*The Journal of mental Science*, avril 1895.)

Cette observation est extrêmement intéressante; mais elle est d'une telle longueur (elle ne comprend pas moins de dix pages de petit texte), qu'il est tout à fait impossible de la résumer. Tout ce que l'on peut faire c'est d'indiquer quelques-uns des résultats de l'autopsie, en choisissant les plus saillants : légère atrophie des régions frontale et pariétale; sur le bord du lobe temporo-sphénoïdal gauche, la désorganisation de l'écorce est complète. La lésion est irrégulièrement ovale et intéresse les extrémités antérieures des circonvolutions temporo-sphénoïdales supérieure, moyenne et inférieure. Sous le robinet, le tissu cérébral laisse voir une cavité qui pénètre dans la scissure de Sylvius, et met en partie à nu l'insula et l'extrémité antérieure de l'opercule. Cette cavité mesure 25 millimètres dans le sens vertical, 37 dans le sens horizontal et elle a de 5 à 15 millimètres de profondeur suivant les points observés. Les parties correspondantes de l'hémisphère droit ont leur consistance ordinaire. R. M. C.

XIX. Les effets des maladies somatiques intercurrentes sur les troubles mentaux ; par E. Goodall et Saint-John Bullen. (*The Journal of mental Science*, avril 1895.)

Ces effets ont été signalés maintes et maintes fois par différents auteurs, mais sans qu'on ait jusqu'ici cherché le lien de causalité grâce auquel la maladie somatique modifie la maladie mentale. L'idée fondamentale du travail des deux auteurs est qu'il ne faudrait pas se borner à constater ces expériences de la nature, mais qu'il faudrait tenter de les interpréter, et rechercher si l'on ne pourrait pas obtenir volontairement des résultats analogues, ou même supérieurs. Leur mémoire toutefois est plutôt consacré à poser le problème sous plusieurs de ses faces qu'à le résoudre : sa solution d'ailleurs ne saurait être immédiate; mais des recherches activement dirigées dans ce sens ne manqueraient pas de donner des résultats intéressants et avantageux. R. M. C.

XX. Phénomènes morbides sensoriels remarquables, de nature explosive ou épileptiforme, consécutifs a des traumatismes anciens de la tête ; par Drapes. (*The journal of Mental Science*, avril 1895.)

L'observation dont il s'agit ici est celle d'un homme de soixante-cinq ans dont la carrière a été fort accidentée, et qui, à la suite d'une chute sur la tête, survenue à une époque déjà reculée, présenta des excentricités de conduite très accusées, et se livra à

l'usage des boissons alcooliques ; l'étendue de cette observation ne permet guère de la résumer ; mais les commentaires dont l'auteur l'a fait suivre en signalent suffisamment les points principaux pour qu'on les fasse ressortir ici d'après ces commentaires eux-mêmes. Les faits les plus remarquables signalés par M. Drapes sont les suivants : d'abord, au point de vue mental, le passage brusque, presque violent d'un état prolongé d'excitation maniaque avec idées d'exaltation, d'une conduite des plus bizarres et des plus fantasques à un état de profonde dépression aboutissant à une tentative de suicide, ce passage, disons-nous, est en soi un fait que l'on n'observe pas communément : il est vrai que l'on peut se demander si cette dépression constituait véritablement un état mental de mélancolie, ou bien — et l'auteur inclinerait vers cette hypothèse — si elle n'était pas le résultat d'un retour à la santé mentale mettant le malade en état de se rendre un compte exact de sa misérable situation. Ce qui rendrait cette hypothèse fort admissible, c'est que, depuis cette crise, malgré ses souffrances et ses hallucinations persistantes, le malade n'a jamais cessé d'avoir une conduite et une conversation parfaitement rationnelles. En fait, les symptômes mentaux ont été remplacés par des symptômes d'ordre beaucoup plus purement physique, et dont les principaux forment un complexus qui présente tous les caractères d'un paroxysme épileptiforme surtout sensoriel, les symptômes moteurs, bien que primitifs dans l'ordre chronologique étant manifestement subordonnés au point de vue de l'intensité, aux symptômes sensoriels. Ces symptômes moteurs, qui se bornent à une crampe dans trois doigts et dans le mollet, se manifestent parfois seuls, sans être suivis de phénomènes explosifs. On peut donc admettre ici l'existence de deux lésions de décharge, l'une ayant pour siège un petit territoire de la circonvolution pariétale ascendante (correspondant au mouvement des doigts), l'autre plus étendue, siégeant dans le lobule sus-marginal adjacent et dans la circonvolution temporo-sphénoïdale supérieure où résident les centres de la vision et de l'audition. La longue dépression que l'on remarquait au niveau de la région pariétale gauche indiquait une lésion fort capable d'avoir provoqué les désordres cérébraux aboutissant aux manifestations morbides observées, et la question de la trépanation se posait tout naturellement. Le déplorable état de santé du malade a fait écarter l'hypothèse d'une intervention opératoire dont le résultat d'ailleurs, même au point de vue exclusivement cérébral, ne pouvait être que fort incertain.

Pendant les paroxysmes, l'état mental du malade est assez singulier, et correspond assez exactement à l' « état de rêve » décrit par Hughlings Jackson ; il est seulement plus prolongé. En effet, il n'y a pas perte de conscience, mais plutôt diminution de la conscience, ainsi qu'il arrive dans le rêve pendant le sommeil, ou

mieux encore au moment même où l'on s'endort : ceci indiquerait pour employer la terminologie de Jackson, un état de dissolution des couches les plus supérieures des centres les plus élevés, avec activité hyperphysiologique des centres qui leur sont subordonnés. Ce qui semblerait confirmer cette manière de voir, c'est l'assertion même du malade qui déclare que pendant ses hallucinations, il y a des moments où il ne sait pas s'il est éveillé ou endormi. La courbature et la grande prostration qui suivent l'attaque sont rigoureusement semblables à ce que l'on observe à la suite des paralysies passagères qui succèdent aux convulsions épileptiformes : l'état manifeste de parésie est démontré par la diplopie concomitante, qui dépend probablement, — aussi bien que les vertiges et les nausées, d'un degré plus ou moins accusé de paralysie oculaire.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XXI. SUR LA PEPTONURIE CHEZ LES ALIÉNÉS ; par MEYER et MEINE. (*Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. II.)

Chez les aliénés ordinaires la peptonurie se rencontre dans 41 p. 100 de cas, chez les paralytiques généraux dans 56,4 p. 100, et chez les individus normaux dans 20 p. 100. LWOFF.

XXII. SUR LA PATHOLOGIE DE LA CONFUSION MENTALE HALLUCINATOIRE AIGUE (*Verworrenheit*) ; par Ernst BEYER. (*Archiv. fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. I.)

Il règne une grande confusion dans les idées sur la confusion mentale. Après avoir cité une vingtaine d'aliénistes et non des moins connus (Meynert, Westphal, Kraeplin, etc.) l'auteur déclare : « Il me semble impossible de donner une définition compréhensible pour tout le monde tant que persistera cette diversité dans la nomenclature et la manière de concevoir et de grouper les symptômes variés qui caractérisent cette maladie mentale. »

Pour remédier à cet état de choses, il serait nécessaire de trouver une base psychologique de la confusion mentale. Le schéma donné par M. Beyer suppose, en outre des voies médullaires, un centre sous-cortical, siège des sensations et de leurs souvenirs ; un centre cortical sensoriel, siège des images et de leurs résidus (perception) et un centre cortical supérieur (lobe frontal) siège de l'idéation (aperception), qui enverrait des ordres au quatrième centre à fonctions motrices (circonvolutions centales). Il montre ensuite, comment les troubles fonctionnels, soit de ces divers centres, soit de leurs voies d'association, donnent lieu à tel ou tel symptôme de la maladie dite « confusion mentale ». C'est un travail d'analyse très intéressant ; mais la synthèse manque, et l'auteur ne nous donne pas de tableau d'ensemble de la maladie en question.

Il serait peut-être bon de rappeler en terminant que l'école française désigne avec Magnan, sous le nom de *délire polymorphe des dégénérés*, l'ensemble de symptômes qu'on a essayé jusqu'ici de faire entrer dans le cadre de la confusion mentale ; ce cadre est très mal limité, et tel auteur allemand y fait entrer des symptômes qui en sont exclus par tel autre.

Aussi cette maladie a-t-elle reçu des noms différents (Amentia, Verworrenheit, Verwirtheit, etc.). LWOFF.

XXIII. SUR LE DÉLIRE DES ALCOOLIQUES ET LES VISIONS QU'ON PROVOQUE CHEZ EUX ARTIFICIELLEMENT ; par LIEPMANN. (*Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. I.)

On peut provoquer chez les alcooliques aigus des troubles sensoriels de divers genres en exerçant une pression sur les globes oculaires. Le malade voit des lettres, des chiffres, des figures humaines, des scènes dans la rue, etc.

Les visions ainsi provoquées se distinguent des visions spontanées, en ce que : 1° la vision d'animaux est très rare ; — 2° l'élément terrifiant manque ; — 3° elles ne sont pasliées les unes aux autres ; — 4° la mobilité, le déplacement n'existent pas.

Les hallucinations alcooliques provoquées peuvent nous aider à comprendre le rôle de l'excitation des organes des sens dans la production des hallucinations en général.

L'intoxication alcoolique n'impose pas à nos organes de perception des images morbides déterminées, elle leur communique plutôt une tendance à amplifier, objectiver et altérer les images nées des excitations sensorielles internes et externes.

XXIV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DES IDÉES OBSÉDANTES ET DES ÉTATS PSYCHIQUES ANALOGUES ; par THOMSEN. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. II, 1895.)

Etude basée sur sept observations personnelles ; les malades présentaient des obsessions et des impulsions, des scrupules, le doute, etc. L'auteur pense qu'il vaudrait mieux se servir du terme « états psychiques obsédants » dont le cadre est plus large que celui « d'idées obsédantes ». Il considère comme appartenant aux états psychiques obsédants :

I. — Les états obsédants deutéropatiques, nés le plus souvent sur un terrain neurasthénique : *a*) Les phobies ; — *b*) Les états désignés sous la rubrique II, mais survenant dans l'hystérie, neurasthénie, etc.

II. — Les états psychiques obsédants idiopathiques formant une entité pathologique caractérisée par les symptômes suivants : *a*) Idées obsédantes ; — *b*) Sensation obsédantes ; — *c*) Mouvements

obsédants (impulsifs) qui, n'étant le plus souvent que le résultat des idées et sensations obsédantes, peuvent avoir un eexistence propre (écholalie, coprolalie, tic, etc.) ; — *d*) Etat d'arrêt psychique — *e*) Troubles somatiques ; — *f*) Lucidité habituelle et angoisse.

Cet ensemble de symptômes constituerait une entité morbide, une maladie type dont la marche est le plus souvent chronique. Tous les malades de M. Thomsen, sauf un, avaient une hérédité psycho-pathologique très chargée ; mais n'auraient pas présenté de signes de dégénérescence. L'auteur ne croit pas qu'on puisse considérer les obsessions et les impulsions comme appartenant à la folie dégénérative ou à la folie héréditaire. Il ne trouve pas de point de contact entre les différentes *manies* (oniomanie, pyromanie, impulsions au suicide, etc.) avec ses *états obsédants*. Il en exclut formellement toutes les perversions sexuelles. LWOFF.

XXV. ETUDE STATISTIQUE SUR L'HÉRÉDITÉ CHEZ LES ALIÉNÉS DU CANTON DE ZURICH COMPARÉE A L'HÉRÉDITÉ VÉSANIQUE CHEZ L'HOMME SAIN ; par Jenny KOLLER. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankhetien*, t. XXVII, liv. I, 1895.)

Voici les conclusions : 1° l'hérédité vésanique chez l'homme sain, plus considérable qu'on ne le croit généralement, démontre l'action efficace des facteurs de régénération ; 2° l'apoplexie, la démence sénile, la plupart des maladies nerveuses sont négligeables comme facteurs d'hérédité ; 3° les maladies mentales et les caractères excentriques sont les facteurs les plus redoutables au point de vue de l'hérédité ; 4° l'alcoolisme prédispose les descendants aux excès alcooliques et aux maladies mentales ; 5° l'hérédité éloignée n'a que peu d'action si elle n'est pas accumulée. LWOFF.

XXVI. LA STUPEUR COMME ENTITÉ MORBIDE ; par JAMES WHITWELL. (*Potain*, Part. LXIX, 1895, p. 66.)

L'auteur émet cette théorie que les cas de stupeur ou au moins certains d'entre eux, peuvent être dus à un défaut de développement proportionnel normal entre le système circulatoire et le système nerveux, que ce défaut, au moment du développement de ces deux systèmes entraîne une dystrophoneurose et par suite une action mentale défectueuse, et qu'en fait, pendant que le cerveau atteint le degré de développement normal suivant l'âge, le sexe et la constitution physique, les vaisseaux sanguins et fréquemment aussi le cœur, restent dans un état d'infantilisme, l'aorte et les autres vaisseaux présentent une étroitesse congénitale, associée dans certains cas à une petitesse du cœur également congénitale. Si le système cardio-vasculaire continue à se développer sous une influence ou une autre, son rapport avec le système nerveux est

atteint et le malade sort de sa stupeur. Si au contraire l'hypoplaie persiste, la démence survient.

Pour appuyer cette théorie qu'il a déjà émise, l'auteur rapporte deux cas nouveaux, où l'on constate les différents points sur lesquels elle est basée : 1° diminution de calibre des vaisseaux de la base du cerveau, ou de l'aorte, ou des deux, associée fréquemment avec une hypoplasie générale du système circulatoire ; 2° l'étude expérimentale du rapport entre la réaction de l'écorce et l'excitation et l'apport du sang, montre qu'il y a parallélisme dans les cas de stupeur; 3° les symptômes cliniques sont pleinement en rapport avec la possibilité d'une telle lésion ; 4° l'examen physique révèle fréquemment une lésion cardiaque connue pour survenir dans les cas d'atrésie vasculaire congénitale ; 5° le sphygmographe montre une haute tension du pouls indiquant une résistance périphérique ; 6° le changement de tension du pouls coïncidant avec un changement dans l'état mental peut être observé dans certains cas de stupeur intermittente ; 7° l'action des médicaments qui dilatent les vaisseaux est favorable sur l'état mental. P. S.

XXVII. Fréquence des troubles fonctionnels du pneumogastrique dans les affections mentales ; par le Dr Kellog.

Les troubles fonctionnels du pneumogastrique se rencontrent fréquemment chez les aliénés : paralysie des muscles du pharynx, dans la démence paralytique, dans la syphilis cérébrale, la méningite, etc.; spasme du pharynx dans l'hystérie, l'aura épileptique, l'hypocondrie; paralysie et spasme du larynx, troubles de l'innervation cardiaque; paralysie des fibres de l'œsophage, dans la paralysie générale; troubles gastriques dans la mélancolie, la paralysie générale, l'épilepsie, etc. L'auteur passe en revue, en procédant par divisions du nerf, les diverses affections mentales où peuvent se rencontrer les altérations du pneumogastrique et insiste sur l'importance capitale des désordres fonctionnels des branches pulmonaires.

Il est d'observation fréquente en effet, que la tuberculose pulmonaire et les affections pulmonaires en général font de grands ravages chez les aliénés : il paraît certain qu'il existe une relation étroite entre ces désordres pulmonaires et des lésions des branches pulmonaires du pneumogastrique. (*American journal of insanity*, octobre 1894.) E. B.

XXVIII. Poids du corps et aliénation mentale; par le Dr Moulton.

Les troubles mentaux sont fréquemment accompagnés de troubles de la nutrition : aussi, dans la folie aiguë, la nutrition doit-elle être surveillée et améliorée le plus promptement possible.

Il est certain que, malgré tous les soins, certains cas resteront incurables, mais on peut espérer, en maintenant l'organisme dans les meilleures conditions d'existence, avoir le maximum possible de guérisons. (*American journal of insanity*, octobre 1894.) E. B.

XXIX. Désordres gynécologiques dans leurs rapports avec la folie; par le Dr Clara Barrus.

L'auteur insiste sur la nécessité d'un examen physique complet des aliénées en raison des troubles, affection ou malformation des organes génito-urinaires qui se rencontrent si fréquemment chez ces malades et sans qu'elles mettent en rien le médecin sur la voie de l'affection.

En effet, sur cent aliénées examinées par le Dr Barrus, trois seulement se plaignent de troubles des organes génitaux, alors que soixante en présentaient.

Or, si le cerveau est toujours le siège de la folie, il n'est pas toujours le siège de la cause, et une intervention du côté d'une affection périphérique peut, pour le moins, en diminuant le degré d'irritation nerveuse, « écarter une pierre d'échoppement » du chemin de la guérison. (*American journal of insanity*, avril 1895.) E. B.

XXX. Note de psychologie morbide comparée : l'immobilité du cheval; par le Dr Féré.

L'auteur rapporte une intéressante observation de troubles mentaux survenus chez un cheval et répondant à ce que les vétérinaires ont désigné, sous le nom d'immobilité, état morbide qui paraît jusqu'à présent n'avoir été observé que chez le cheval. L'immobilité serait souvent héréditaire, et alors incurable ou accidentelle, consécutive à une maladie aiguë, une chute, etc., et alors curable.

Cet état, caractérisé par l'abolition de l'excitation et l'absence d'activité spontanée, quelquefois entrecoupé par des crises d'excitation, rappelle le complexus symptomatique désigné chez l'homme sous le nom de confusion mentale. (*Revue neurologique*, janvier 1895.) E. B.

XXXI. Trois nouveaux cas de « torticolis mental »; par les Drs Brissaud et Meige.

Le nom de torticolis mental peut être appliqué à une variété de spasme intermittent des muscles du cou, associé ou subordonné à des troubles psychiques chez des sujets névropathes, en dehors de toute altération organique des muscles des nerfs ou des centres.

Les intéressantes observations relatées par les auteurs sont des plus démonstratives et montrent combien les mouvements, tout

d'abord appropriés à un but, ont de tendance à devenir involontaires et à se généraliser.

Dans l'un des cas par exemple, il s'agit d'un tic limité au début aux muscles rotateurs de la tête et qui peu à peu s'est généralisé à l'épaule et au bras : le point de départ a été un mouvement destiné à atténuer une douleur de la nuque. Volontaire d'abord, ce mouvement devient involontaire par habitude et le torticolis mental fut constitué. Tourmenté par son tic, le malade le combattit en repoussant sa tête avec sa main. Ce geste également volontaire au commencement devint involontaire à son tour, et au tic du cou s'ajouta le tic du bras.

Les mouvements spasmodiques se sont compliqués chaque jour de contorsions nouvelles, d'abord calculées pour dissimuler une infirmité obsédante, mais se transformant peu à peu, elles aussi, en tics par habitude.

La différence capitale qui existe entre le tic généralisé et la maladie des tics, c'est que, dans cette dernière, il semble très souvent à peu près impossible d'expliquer par un acte voulu, dans le principe, l'incoordination musculaire.

En tout état de cause, ce qui décide du diagnostic dans le torticolis mental, c'est l'état mental du malade toujours plus ou moins débile et anxieux. (*Revue neurologique*, déc. 1894.) E. B.

XXXII. Introduction d'un testicule artificiel et guérison d'un état mental morbide chez un mono-cryptorchide; par le Dr Hermance.

Il s'agit d'un garçon de vingt-un ans chez qui la constatation qu'il n'avait qu'un testicule avait développé un état d'anxiété profonde de dépression mélancolique et de l'idée fixe que cet état le condamnait à l'impuissance.

Après un essai infructueux pour abaisser le second testicule dans le scrotum l'auteur, sur la demande expresse du malade, fit faire un testicule en argent qu'on plaça dans la vaginale. La plaie se cicatrisa très vite et le malade guérit immédiatement de son état mélancolique et perdit si bien ses idés d'impuissance qu'il se maria peu après et, comme dans les contes, eut beaucoup d'enfants. (*American Journal of insanity*, avril, 1895.)

XXXIII. Prophylaxie de la tuberculose dans les asiles d'aliénés; par le Dr Babcock.

Des études statistiques de l'auteur il résulte que la tuberculose est deux ou trois fois plus commune dans les asiles que dans la population ordinaire : cette affection se rencontre surtout chez les malades chroniques et doit par conséquent être regardée comme

une résultante des conditions sanitaires de l'asile ; ce qui tendrait à montrer la réalité de cette assertion, c'est que dans les asiles privés où les conditions d'hygiène peuvent être mieux remplies, la proportion de tuberculeux n'est pas plus forte que dans la population ordinaire.

Indépendamment de leurs prédispositions héréditaires, ou des conditions de moindre résistance dans lesquelles les place leur état mental, les malades trouvent en général, dans les asiles d'Amérique, des conditions hygiéniques défectueuses; manque de ventilation, d'éclairage, humidité, exercice insuffisant, nourriture monotone.

Anssi est-il urgent de prendre activement des mesures préventives contre l'envahissement de la tuberculose par l'isolement et le traitement efficace des malades atteints en même temps que par des mesures de désinfection rigoureuse, par l'amélioration des locaux et des conditions d'existence. (*American Journal of insanity*, oct. 1894.) E. B.

XXXIV. Sur les troubles mentaux dans la maladie des tics convulsifs; par le Dr Remonchamps. (*Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, mars 1895.)

La malade qui fait l'objet de cette note imitait l'aboiement du chien, le beuglement des vaches, le bêlement des moutons. Elle présentait en outre des mouvements involontaires qui d'abord limités à la tête s'étendirent bientôt aux membres. On la vit faire semblant de jouer du piano, du violon, de l'orgue, etc. — On la vit boiter, frapper le sol du talon, danser, etc. — Elle gardait malgré tout sa pleine conscience et se rendait parfaitement compte de l'absurdité de ses actes, mais ceux-ci s'imposaient à elle avec force. Elle pouvait bien résister quelque temps à l'idée de les exécuter mais la volonté devenait bientôt impuissante à empêcher l'acte ou le mot de se produire.

Quelque temps après le début de cette névrose, survint un accès de manie qui guérit à la suite d'un internement.

Pendant la durée de cet accès de manie la maladie des tics rétrocéda, elle se reconstitua ensuite mais à un degré moindre qu'auparavant. G. Deny.

XXXV. Contribution a l'étude des perversions sexuelles chez les dégénérés; par le Dr P. Masoin. (*Bull. de la Soc. de méd. de Belgique*, décembre 1894.)

La malade qui fait l'objet de cette note est une femme de trente-quatre ans qui contracta des habitudes d'onanisme dès l'âge de trois ans. A six ans elle commença à être obsédée du désir d'avoir un enfant.

Pubère, elle interrompt ses habitudes d'onanisme dans la crainte qu'elles ne l'empêchent de devenir grosse, et bientôt elle se livre à tous les hommes, les provoquant, les violentant au besoin. Devenue enceinte, elle éprouvait à chaque mouvement de l'enfant plus de jouissance qu'à l'accomplissement de l'acte vénérien. On nota également à plusieurs reprises chez cette malade du délire du toucher et des phobies diverses. A la suite de la mort de son enfant, son obsession génitrice reparaît et elle reprend ses habitudes d'onanisme. L'auteur trouve dans cette observation une confirmation de la classification des perversions sexuelles établies par M. Magnan.

G. Deny.

XXVI. Sur les délires du début de la fièvre typhoïde ; par Aschaffenburg. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 1, p. 75 à 133.)

Drasche prétend que les psychoses sont rares au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Ball est du même avis. On doit à Betke une bonne statistique sur les rapports des psychoses et de la fièvre typhoïde. Sur 1420 cas de dothiénenterie observés à l'hopital de Bâle de 1865 à 1868, il a observé 191 fois des délires peu accentués ou ne se montrant que la nuit ; — 158 fois des délires plus ou moins intenses, — et 20 fois des délires furieux. Il y a donc eu des troubles psychiques dans le quart des cas de fièvre typhoïde. Baumler, sur 73 typhiques, a observé 43 cas p. 100 de délires ; Louis a noté des troubles de ce genre dans les trois quarts des cas. Vuillemin (Thèse, Paris 1874) a étudié la date d'apparition des troubles psychiques dans la fièvre typhoïde ; Kraepelin a séparé les états délirants qui se montrent après l'infection typhique, (délires asthéniques), et les formes du début (initialdelirium) des délires fébriles. Marandon de Montyel accepte la même classification. L'auteur se propose d'étudier spécialement la question encore peu connue des délires *initiaux* ; il en a observé un cas ; il en rapporte un autre, encore inédit, dû à Kraepelin, et enfin il a rassemblé tous les cas antérieurement publiés qui ne sont pas plus d'une quinzaine.

Symptomatologie. — L'auteur distingue deux formes : 1° la forme délirante ; 2° la forme maniaque. Dans la première on note, avant le début des troubles psychiques, des maux de tête, une sensation de malaise, une anxiété vague. Bientôt apparaissent des idées délirantes généralement de nature dépressive, habituellement non accompagnées d'hallucinations au moins au début, et affectant parfois le caractère de faux souvenirs. Les malades sont quelquefois tout à fait lucides, par exemple le sujet observé par Raynaud, qui se rend au commissariat de police pour s'accuser du meurtre de sa femme et qui réussit à en imposer au magistrat. Mais en général

l'anxiété et la dépression apparaissent, ainsi que des idées de persécution ; les malades se plaignent d'être empoisonnés par des miasmes, d'être accusés, électrisés, menacés de mort, entourés d'agents secrets, etc. On constate aussi des idées hypocondriaques, de l'auto-accusation. Les hallucinations auditives et visuelles sont fréquentes : les malades voient devant eux des personnes qui leur reprochent leur mauvaise conduite ; ils voient des apparitions menaçantes, des flammes, ils entendent la voix de leurs parents. Les hallucinations n'ont habituellement rien de caractéristique ; elles réflètent la couleur des conceptions délirantes ; leur activité n'est pas en général très grande. Dans un cas elles faisaient penser au délire alcoolique, bien que le malade ne fût pas un buveur.

Dans la seconde forme les symptômes d'excitation maniaque passent au premier plan. Tantôt il s'agit d'un état de simple excitation intellectuelle, tantôt d'un état de confusion délirante avec hallucinations ; les malades sont en proie à des impulsions motrices continuelles, à une agitation incessante. Au début ils manifestent quelques idées cohérentes, en général de couleur pénible. Ils voient des flammes, des animaux, ils sont entourés d'ennemis, puis la confusion augmente : ils crient, chantent, pleurent, prient, font des tentatives de suicide, interpellent leurs interlocuteurs imaginaires. L'humeur est tantôt gaie, tantôt triste, parfois indifférente. L'attention du patient est alors souvent difficile à fixer, les questions sont difficilement comprises. Le sujet est obtus, et fait penser à l'obnubilation des individus ivres. Les impulsions motrices sont désordonnées, sans but, incohérentes ; la démarche est incertaine, mal assurée, la parole embarrassée, la physionomie stupide.

Fièvre. — Dans les 17 cas connus, le délire a débuté dans la première semaine de la maladie, le plus souvent quatre ou cinq jours après les premiers symptômes. Chez cinq malades la psychose s'est montrée avant toute élévation de température. Il ne paraît pas y avoir eu, dans les autres cas, de rapport entre l'élévation de la température et l'intensité des troubles psychiques. Liebermeister et Fräntzel ont même noté la coïncidence de troubles cérébraux graves avec une température peu élevée.

Marche, durée, terminaison. — L'agitation la plus furieuse et l'anxiété la plus vive cessent parfois pour un temps, et reviennent ensuite aussi intenses. La rétention d'urine n'est pas rare, il y a parfois de l'albuminurie. Dans divers cas on a observé la répétition automatique des mêmes mots, des mêmes phrases, des mêmes mouvements ; ces phénomènes stéréotypés et dénués de toute signification, font penser à l'automatisme et à la verbigération de la catatonie. Un malade a présenté des attaques épileptiformes avec perte de connaissance ; l'autopsie a montré l'absence de méningite. Le délire initial peut, après un intervalle de lucidité complète, être suivi d'un autre accès délirant. Dans d'autres cas, le

délire du début se continue durant tout le cours de la maladie et persiste même pendant la convalescence.

Le souvenir est souvent complètement conservé, parfois il est très incomplet ; il peut aussi faire totalement défaut. On ignore si les délires initiaux peuvent être suivis de troubles psychiques durables. Une chose certaine, c'est que la guérison complète a été constaté souvent. Mais la terminaison n'est pas toujours aussi favorable.

La mortalité des sujets atteints de psychoses est plus considérable que dans les cas non compliqués de délire. Kraepelin a trouvé comme proportion des cas mortels 30,9 p. 100, et Bethe 39 p. 100. Pour ce qui est des délires initiaux la proportion des morts est, d'après Kraepelin de 61,5 p. 100 ; d'après l'auteur de 50 p. 100. Au point de vue de la gravité des cas recueillis par l'auteur, il n'y avait que trois ou quatre formes relativement légères.

Anatomie pathologique et pathogénie. — Thuet explique le délire de la fièvre typhoïde par l'intervention de facteurs multiples: l'hyperthermie, la méningo-encéphalite, la suppression de l'alcool, l'urémie, etc. Nombre d'auteurs français ont admis l'existence de lésions anatomiques, de processus méningitiques (Bouchut, Rostan, Barbelet).

Bühl, de l'examen du cerveau dans 31 cas, conclut qu'une diminution du liquide encéphalo-rachidien ne détermine pas de troubles accusés, tandis que l'augmentation de la quantité de ce liquide donne lieu à des symptômes sérieux. Hoffmann a constaté très fréquemment chez des typhiques de l'œdème cérébral ; il a noté aussi de l'hypérémie, des hémorragies, des méningites.

Louis a observé dans la moité des cas une coloration rouge. Des recherches faites par l'auteur sur les résultats de l'autopsie dans les cas qu'il a rassemblés, il résulte que dans un certain nombre de nécropsies on n'a rien pu constater; dans d'autres, on n'a noté qu'un degré variable de congestion ou d'œdème. Ce ne sont donc pas ces modifications qui peuvent expliquer l'apparition du délire; elles sont trop inconstantes.

L'examen microscopique a été bien rarement pratiqué dans les cas qui nous occupent. L'auteur a pu faire examiner par Nissl les centres nerveux d'un sujet atteint de délire au début de la fièvre typhoïde. Les lésions constatées ne seraient pas de nature inflammatoire (l'appareil vasculaire est en effet peu intéressé), mais seraient dues à des altérations d'origine toxique des cellules ganglionnaires. Griesinger, en 1857, considérait déjà les manifestations nerveuse et cérébrales de la fièvre typhoïde comme dues à une intoxication. Mundsley se rallie à la même interprétation, et compare cette action toxique à celle du thé et de l'opium. Les altérations de la composition normale du sang auraient pour conséquence première une modification du tonus psychique soit en

plus (états maniaques), soit en moins (états dépressifs). A un degré plus accentué on observe la systématisation de ces formes pathologiques de l'humeur; enfin l'action directe du poison sur l'élément cellulaire détermine un délire incohérent et confus. Kirchhoff croit également à une action chimique sur la cellule nerveuse et pense que la fièvre, à elle seule, agit rarement comme facteur unique (dans la pneumonie en effet les psychoses sont assez rares, si on met de côté le délire alcoolique). Kraepelin attribue le délire initial des typhiques au poison spécifique de la fièvre typhoïde et décrit ce délire parmi les psychoses toxiques.

Liebermeister était partisan du rôle actif de l'hyperthermie dans la genèse des troubles délirants. Baumler fait intervenir, en outre de la prédisposition individuelle, le degré, la durée et la continuité de la fièvre et surtout l'hyperthermie. Il accorde cependant, dans certains cas, quelque influence au poison typhique. L'auteur critique le rôle important attribué par les observateurs précédents à l'élévation de la température; il rappelle les observations de Gerhardt, dans lesquelles on voit des troubles psychiques graves se produire au moment où la température vient à baisser, et disparaître avec l'hyperthermie. Gerhardt pense que ces faits s'expliquent par l'existence d'un poison sécrété par le bacille d'Eberth, poison qui diminuerait l'hyperthermie, en même temps qu'il agirait sur l'écorce cérébrale comme un alcaloïde narcotique. L'auteur rapporte l'opinion émise par Brieger et Wassermann, par Sirotinin, qui considèrent la fièvre typhoïde comme une intoxication plutôt que comme une infection.

Le tableau clinique du délire initial des typhiques, présente de nombreuses ressemblances avec les psychoses observées dans la variole, la fièvre intermittente, la fièvre jaune, la rage, et qui doivent dans bien des cas être attribuées à une intoxication.

Diagnostic. — Le délire initial est d'un diagnostic très difficile, tant qu'il n'y a pas de symptômes de l'infection générale de l'organisme. L'apparition de la fièvre est un signe important, mais elle peut se produire dans la paralysie générale, dans l'amentia. On tiendra compte aussi de la brusquerie du début, de l'existence d'une épidémie dans la localité, des troubles de la mémoire; les accès épileptiques ou délirants antérieurs, les intoxications orienteront au contraire le diagnostic vers un autre sens.

Le diagnostic avec les états délirants accompagnés de confusion et de désorientation et surtout avec les psychoses d'épuisement, offre des difficultés. L'auteur insiste sur le diagnostic avec l'amentia, avec le délire de collapsus, la paralysie générale, la folie périodique, la folie hébéphrénique, les délires épileptiques, le délire aigu, les psychoses toxiques.

Le mémoire se termine par dix-sept observations.

P. Sérieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 30 *décembre* 1895. — Présidence de M. Moreau.

Sortie prématurée des alcooliques.

M. A. Voisin fait connaître, à propos du procès-verbal, qu'il a dans son service depuis trois ans, une malade précédemment séquestrée plusieurs fois pour alcoolisme. Cette femme paraissant très améliorée, M. Voisin lui a accordé récemment quelques jours de permission pour aller voir des parents en province. Mais elle n'a pu arriver au terme de son voyage; elle s'est arrêtée en route pour boire et tomber dans un accès de délire alcoolique aigu. C'est dans ces conditions qu'elle fut réintégrée à la Salpêtrière. Au point de vue de la durée moyenne du traitement des alcooliques, il est bon de se rappeler, ajoute M. Voisin, que souvent leur guérison n'est qu'apparente et que le retour des accidents aigus peut être soudain.

Vacances. — Le Président déclare la vacance de deux membres titulaires.

Election du bureau. — Le bureau se trouve ainsi composé pour 1896 : *Président :* M. Charpentier ; *Vice-Président :* M. Garnier ; *Secrétaire général :* M. Ritti ; *Secrétaire des séances :* MM. Semelaigne et Sollier ; *Comité des Finances :* MM. Falret et Christian ; *Comité des Publications :* MM. Ballet, Boucherau, Vallon ; *Conseil de Famille :* Le Bureau et MM. A. Voisin et P. Moreau.

Suffisance de la loi de 1838 *en face des délinquants dits irresponsables.*

M. Charpentier. — Dans une première partie de sa communication, après avoir parlé du libre arbitre et de la responsabilité, ne croit pas que la notion de sécurité sociale puisse se substituer à celle de responsabilité pour motiver des décisions judiciaires; il fait remarquer que le mot démence du code ne veut pas dire folie, ni aliénation mentale, ni fureur, ni imbécillité : il signifie perte du libre arbitre.

Plus loin, M. Charpentier estime que M. Ballet et quelques aliénistes ont trop étendu le domaine de l'irresponsabilité et qu'il est nécessaire de limiter cette tendance scientifique. Il propose de reconnaître comme responsables ordinairement : les aliénés aux séquestrations multiples, les folies du caractère (folie morale, manie raisonnante, aliénés persécuteurs sans hallucinations et les ivrognes). Il critique les expressions maladies mentales, maladies de l'esprit, qui, pour lui, n'ont aucune signification.

Dans la dernière partie de son argumentation, M. Charpentier pense que les nouveaux articles de loi à propos des délinquants irresponsables, sont inutiles ; il critique les asiles-prisons et pense que si ceux-ci sont créés, ils ne doivent pas être motivés par l'aliénation mentale et relèvent uniquement d'une loi d'administration pénitentiaire. Il conclut que la loi de 1838 n'est pas insuffisante pour les délinquants irresponsables, mais qu'elle n'est pas suffisamment appliquée.

M. Ballet. — M. Charpentier et moi ne nous plaçons pas sur le même terrain. En l'écoutant je croyais entendre un magistrat ou un philosophe discutant sur le côté métaphysique de la responsabilité. Je me place à un point de vue plus pratique : Que doit-on faire d'un individu ayant commis un méfait, mais irresponsable en totalité ou en partie. — M. Charpentier estime que la loi de 1838 qui l'abandonne à l'autorité administrative est suffisante. Je ne suis pas de cet avis, parce que la loi de 1838 n'oblige pas cette autorité à colloquer l'individu dans un asile ; mais le met tout simplement à la disposition du préfet. Celui-ci peut faire ce qu'il veut du délinquant et par conséquent le laisser en liberté où il pourra commettre de nouveaux crimes. Je voudrais que le magistrat, qui est intervenu pour déclarer l'irresponsabilité, fût obligé de rendre efficace son intervention en colloquant l'individu dans un asile pour une durée de temps déterminé. Je ne défends pas la responsabilité partielle ; mais il faut bien, dans la pratique, accepter ce langage que tout le monde parle et comprend. Un ivrogne dans un accès de délire frappe sa maîtresse d'un coup de couteau ; nous remontons dans son passé et nous trouvons une hérédité mentale très chargée : à un certain moment il a présenté des troubles hystériques très accusés et a toujours vagabondé sans réussir dans aucune entreprise. Qu'en feriez-vous ? — Avec la loi actuelle, cela dépend des circonstances, tantôt on l'enverra en prison, tantôt on l'acquittera. Les deux solutions sont déplorables. Nous tournerons la difficulté en le considérant comme partiellement irresponsable. C'est pour ces individus-là que nous demandons des asiles-prisons.

M. Charpentier. — La législature de 1838 vous donne satisfaction en ce qui concerne l'exemple choisi, puisqu'elle permet au Procureur de la République de faire placer d'office dans un asile le délin-

quant irresponsable bénéficiant d'une ordonnance de non-lieu. Les autres, dits irresponsables, ne doivent pas nous intéresser plusqu'ils ne nous regarderaient s'ils s'étaient cassé un membre avant de commettre un crime. Qu'on les enferme si l'on veut; mais pas au nom de la médecine mentale. Ils doivent être condamnés comme de vulgaires coquins.

M. Colin. — Ce ne serait pas une solution; l'individu dont vient de vous parler M. Balllet existe réellement. Condamné à la prison, il n'a pu être conservé; on vient de l'envoyer à Gaillon.

Marcel Briand.

ASILES D'ALIÉNÉS.

L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. NÉCESSITÉ DE SA RÉORGANISATION;

Par le Dr Paul SÉRIEUX,

Ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint à l'Asile de Villejuif.

Nous avons cherché à montrer, dans des travaux antérieurs[1], que l'organisation du service médical des asiles publics d'aliénés laissait à désirer. Nombre de médecins en chef des asiles se trouvent à la tête de services dont la population est trop considérable pour qu'il leur soit possible d'en connaître tous les malades. A plus forte raison ne peut-il être question de soumettre ces derniers à un traitement méthodique. Les défectuosités de l'organisation actuelle du service

[1] *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Allemagne, en Autriche.* Montévrain. Imprimerie de l'École d'Alembert, 1894, p. 134 et suivantes.
L'asile d'alcooliques du département de la Seine. Annales médico-psychologiques, novembre 1895.
Notice historique sur le développement de l'assistance des aliénés en Allemagne. Archives de Neurologie, novembre 1895.
L'organisation du service médical dans les asiles d'aliénés (sous presse).

de l'adjuvat ne sont pas moins graves : les médecins-adjoints, en effet, sont inutilisés, alors que cependant les médecins en chef ne peuvent suffire à la besogne[1]. Reste le troisième élément du service médical de nos asiles : le corps des *internes en médecine*. Cette institution est-elle au moins capable d'atténuer, fût-ce dans une mesure restreinte, la gravité des lacunes et des vices d'organisation que nous avons signalés ?

Il est malheureusement loin d'en être ainsi ; et, du haut en bas de l'échelle médicale, c'est, — il est pénible d'avoir à le constater, — la même non-utilisation d'éléments actifs, le même gaspillage de forces vives et de bonnes volontés, bref la même organisation défectueuse. Si le médecin chef de service est débordé par le nombre excessif de ses malades et la multiplicité de ses occupations, — si le médecin adjoint est un rouage inutile, qui se meut dans le vide, et qui ne trouve plus de défenseurs, — le corps de l'internat est, lui, un organe mal adapté à ses fonctions et dont la réforme s'impose.

En présence de ce tableau dont les couleurs n'ont point, à plaisir, été assombries, il est permis de se demander ce que devient le *traitement individuel* que réclament les sujets atteints de maladies mentales ? Comment peuvent être mis en œuvre et cette analyse psychologique quotidienne, et cet examen physique soigneux sans lesquels le diagnostic et la thérapeutique des formes si variées de la folie sont choses impossibles ? Dans des conditions aussi défavorables, que viennent encore aggraver et la constitution matérielle mal comprise de nos asiles, et les proportions inouïes qu'atteignent la population et le mouvement des services, le traitement des sujets atteints de psychoses aiguës, — affections éminemment curables, — ce traitement est, il faut bien en convenir, gravement compromis[2]. Rappelons qu'on obtient dans nos asiles,

[1] Consulter sur ce sujet : P. Sollier. *La guérison des aliénés dans les asiles*. Progrès médical, 5 septembre 1891.

Maxime Du Camp. *Paris, ses organes, sa fonction et sa vie*, t. IV, p. 389.

Marandon de Montyel. *La réorganisation du service médical dans les asiles d'aliénés*. Archives de Neurologie, novembre, 1891.

Renaudin. *Annales médico-psychologiques*, 1855, p. 673.

J. Reinach. *Proposition de loi sur le régime des aliénés*. Chambre des Députés, 1890.

[2] « Les services des asiles d'aliénés, disait déjà Trélat en 1839, sont trop chargés : une augmentation dans le personnel des médecins produirait un meilleur classement des malades, faciliterait l'étude et l'ob-

le professeur Pierret l'a montré, moitié moins de guérisons que dans les établissements étrangers [1].

De pareilles constatations sont attristantes : elles sont aussi de nature à faire réfléchir ceux qui ne veulent pas se contenter de l'optimisme banal et superficiel, si en honneur dans certaines sphères, et qui le considèrent comme le pire ennemi du progrès. Avouons-le : un état de choses pareil n'est point digne d'un pays qui était jadis à la tête du progrès dans l'assistance des aliénés. Tout le monde en souffre : les malades, la Société et en outre, nous le verrons plus loin, le personnel médical lui-même. C'est la profonde conviction que nous avons des conséquences déplorables de pareils errements, qui nous a empêchés de reculer devant la tâche, toujours ingrate, de dire, sans détours ni réticences, la vérité.

Revenons au corps de l'internat en médecine des asiles. Quel est le rôle de l'interne dans un service d'aliénés ? Les règlements nous parlent de l'assistance à la visite du matin, des pansements, du service de garde, de la contre-visite, etc. Mais nous entendons laisser de côté ces obligations, matérielles en quelque sorte. Leur accomplissement, exécuté à la lettre, n'est qu'une formalité qui ne peut sérieusement contribuer au traitement méthodique des malades. Elle ne saurait pas davantage satisfaire un esprit curieux de s'instruire.

Dans un service d'aliénés, l'interne a, ou plutôt devrait posséder des attributions d'un ordre plus relevé, analogues à celles qui lui sont réservées dans les services hospitaliers ordinaires. Il doit être le collaborateur du chef de service. La nécessité de cette collaboration s'impose d'autant plus que la tâche de ce dernier est, en raison du nombre, parfois

servation de chacun d'eux et augmenterait certainement la proportion des guérisons. »

Plus tard, en 1862, Marcé déclare que le médecin de nos asiles d'aliénés n'a pas même le temps de connaître ses malades, eût-il toute la jeunesse, la force, la santé, le zèle imaginables. Il insiste sur les « inconvénients inséparables des grands établissements dans lesquels les malades, entassés et sans direction intellectuelle et morale, deviennent incurables, la plupart du temps, par la seule raison qu'on ne les traite pas ». (*Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 656, 657.)

Les observations de Trélat et de Marcé sont encore d'actualité aujourd'hui.

[1] Pierret. *Discussion sur la revision de la loi de* 1838. Comptes rendus du Congrès de médecine mentale de Lyon, 7 août 1891. Masson, 1892.

invraisemblable, de ses malades, toujours au-dessus de ses forces. Le rôle de l'interne doit donc, toutes proportions gardées, être calqué sur celui du médecin. Il lui faut interroger les aliénés nouvellement admis, suivre ceux-ci chaque jour avec soin, prendre, auprès des familles, les renseignements sans lesquels diagnostic et pronostic ne peuvent être précisés. Il lui faut aussi rédiger les observations, s'occuper activement du côté thérapeutique trop souvent négligé (traitement moral, etc.). Ajoutons à cette tâche déjà lourde, les recherches anatomo-pathologiques (autopsies, examens histologiques et bactériologiques).

Il convient, de plus, que le chef de service fasse appel à l'initiative de son interne, qu'il lui accorde une certaine responsabilité et une certaine autorité, qu'il sache lui laisser prendre quelques décisions, qu'il le charge de résoudre tel diagnostic délicat, de proposer une solution pour telle ou telle question médico-administrative, de rédiger une partie de la correspondance avec les familles, etc. Ainsi comprise, la fonction de l'interne cesse d'être une corvée fastidieuse ; intéressante pour ce dernier, profitable aux malades, elle constitue pour le médecin une précieuse collaboration.

Mais pour que cette extension des attributions de l'interne soit féconde en résultats, certaines conditions sont nécessaires, qui sont loin d'être toujours réalisées. L'interne, pour être en mesure de remplir le rôle que nous venons d'indiquer, doit avoir une instruction médicale générale assez étendue. Or celle-ci n'est point suffisamment assurée par les huit inscriptions qu'on se borne à exiger des candidats, et qui ne correspondent qu'à deux années d'études médicales.

Il faut aussi que l'interne puisse se consacrer tout entier à sa besogne et que la majeure partie de son temps ne soit pas absorbée, comme cela se voit souvent, par des occupations tout à fait étrangères, telles que travaux pratiques de dissection, de médecine opératoire, d'anatomie pathologique, stage d'accouchement, préparation d'examens et même de concours, etc., etc.

En outre, il est indispensable, — c'est là le point capital, — que l'interne *s'intéresse* à la tâche qui lui incombe. Le concours de l'internat des asiles d'aliénés est loin d'être recherché par la plupart des candidats dans le but de s'initier à la psychiatrie. Le plus grand nombre d'entre eux se destinent à la pra-

tique médicale ordinaire, soit à la ville, soit à la campagne. Ces étudiants n'ont que faire, cela se conçoit, d'une étude approfondie et prolongée des maladies mentales. Aussi n'entrent-ils dans les services d'aliénés qu'à leur corps défendant, sous la pression de nécessités matérielles, attirés qu'ils sont par les avantages qu'offre la situation d'interne des asiles, avantages relativement considérables si on les compare à ceux de l'internat des hôpitaux[1].

M. le Dr Bourneville, dans un *Rapport sur le service des aliénés* (1878), émet la crainte que les candidats se présentant au Concours *spécial* des asiles, « ne viennent du stock des refusés de l'internat des hôpitaux, que leur instruction générale soit moins solide et qu'ils ne soient dans un état d'infériorité relative[2] ». Nous ne voulons point rechercher si M. Bourneville a, sur ce point, été bon prophète. Nous voyons au concours, tel qu'il est actuellement organisé, de bien plus graves inconvénients. Comment des internes qui considèrent les asiles d'aliénés comme un pis-aller, les études de psychiatrie comme un bagage inutile, pourraient-ils s'intéresser aux choses de la médecine mentale et à la tâche toute spéciale qui leur est réservée? La plupart n'ont qu'un désir, bien légitime d'ailleurs, c'est de quitter, aussitôt que possible, les services d'aliénés. N'y apprenant rien de ce qui leur sera utile plus tard dans la clientèle ordinaire, ils ne peuvent oublier que les hôpitaux de Paris leur offrent des ressources cliniques considérables, et qu'ils y trouveront des maîtres éminents pour leur enseigner ce qu'il leur importe de savoir : la médecine interne,

[1] Grâce à l'initiative et à la persévérance de M. Bourneville, et aux vœux émis sur sa proposition par le Conseil général, les internes des asiles de la Seine sont, depuis 1879, recrutés au concours.

Peuvent prendre part à ce concours, les étudiants en médecine pourvus de huit inscriptions au moins et âgés de moins de trente ans. Il y a deux épreuves : l'une écrite, de trois heures, l'autre orale, de quinze minutes. La durée des fonctions d'interne est de trois ans. Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, le chauffage, l'éclairage et la nourriture, un traitement annuel de 800 francs à l'asile clinique (Sainte-Anne), de 1,000 francs à la Préfecture de Police, et de 1,100 francs dans les autres asiles... Un interne ne peut rester plus de deux années dans le même service..... Tout interne est autorisé à soutenir sa thèse de doctorat aussitôt après sa nomination. (Progrès médical. *Numéro des Étudiants*, 1894.)

[2] Bourneville. *Rapport sur le service des aliénés* fait au Conseil général de la Seine, février 1878. *Progrès médical*, 1879, p. 443.

la chirurgie, l'art des accouchements[1]. On ne saurait, certes, en vouloir à des étudiants en médecine de chercher à développer leur instruction médicale générale ; — tâche difficile dans un établissement d'aliénés. Mais il n'en est pas moins vrai que cette façon d'envisager les choses a, pour les malades et pour les chefs de service, de fâcheuses conséquences. Comme le dit notre excellent collègue et ami le Dr A. Marie, on voit dans la Seine, « des internes passagers pour lesquels l'asile n'est qu'un succédané de l'hôtel ou du restaurant, où ils entrent avec l'intention arrêtée de s'occuper de tout, sauf d'aliénation[2] ». Quelques-uns cumulent leurs fonctions d'interne des asiles avec celles d'externe ou d'interne provisoire des hôpitaux, etc. Les plus travailleurs, afin de ne point perdre complètement leur temps, consacrent les nombreux loisirs qu'ils doivent à leur participation très réduite au service, à la préparation du concours de l'internat des hôpitaux. Il va sans dire que, considérant leur situation dans nos établissements comme essentiellement provisoire, ils se désintéressent plus ou moins de la médecine mentale et du traitement des aliénés. Nous n'entendons point, qu'on nous comprenne bien, mettre en doute le dévouement et les qualités professionnelles des internes en médecine de nos asiles. Si un grand nombre d'entre eux ne peuvent, faute d'un intérêt suffisant pour les études spéciales de psychiatrie, constituer pour les médecins ces collaborateurs actifs que nous réclamions plus haut, la faute en est, avant tout, à un mode de recrutement défectueux qui met en conflit l'intérêt des malades et les exigences de l'instruction pratique de futurs praticiens.

L'organisation actuelle a donc pour conséquence d'ouvrir les portes des asiles d'aliénés à des élèves qui, pour cette double raison qu'ils sont habituellement au début de leurs études médicales, et qu'ils n'ont point l'intention de se vouer à la spécialité, ne peuvent être utilisés comme l'exigeraient le bien des malades et l'intérêt de la science.

L'état de choses que nous critiquons a encore pour résultat d'enlever toute stabilité au séjour des internes dans un même

[1] Les trois années que passe dans des services d'aliénés un étudiant qui n'a point le désir de se consacrer à l'étude spéciale des affections du système nerveux, sont pour lui *trois années de perdues*.

[2] A. Marie. *L'assistance des aliénés en Écosse*. Paris, Imprimeries réunies, 1892, p. 18.

service. La proximité de Paris est, pour des élèves qui n'ont point terminé leurs études, d'une importance capitale (en raison des travaux pratiques obligatoires, des examens). Aussi assiste-t-on, surtout dans les asiles excentriques, à un mouvement continuel d'internes. On voit, par exemple, trois, quatre internes (titulaires ou provisoires, parfois même étudiants en médecine n'ayant point pris part au concours) se succéder en moins d'un an dans le même service. Ce manque de stabilité serait fort regrettable dans un hôpital ordinaire ; il est encore plus funeste dans un établissement d'aliénés, où l'on doit connaître à fond et suivre des malades dont le séjour est en général prolongé. Il a de plus pour résultat l'absence de liens entre le médecin et l'interne. Ce dernier ne peut, la chose est matériellement impossible, connaître le service ; d'autre part le médecin, n'osant compter sur un interne plus ou moins novice, qui souvent ne sera plus là dans quelques mois, prend l'habitude de se priver de son concours et de se reposer plus ou moins sur le surveillant ou la surveillante en chef. On voit alors les mille petits détails de police intérieure passer au premier plan, aux dépens de la question capitale : le traitement des malades curables. Le cercle des attributions de l'interne va ainsi se rétrécissant, — ce qui n'est pas fait pour l'attacher aux études de psychiatrie, — et se réduit bientôt à l'alimentation artificielle des sujets qui refusent de s'alimenter, et à l'assistance à la visite. Ajoutons qu'à cette visite le côté médical tient souvent peu de place[1]. A ce régime, tout intérêt, toute initiative, tout sentiment de responsabilité ne tardent pas forcément à disparaître. Nous avons été souvent frappés du rôle effacé des internes dans la plupart des services, à côté de l'importance des fonctions du surveillant en chef[2]. En serait-il ainsi, si les établissements d'aliénés étaient ce qu'ils devraient être, c'est-à-dire des hôpitaux pour le traitement des maladies mentales, au lieu de rappeler des établissements de détention?

[1] Le professeur Rieger (de Würzbourg) s'élève, avec juste raison, contre l'utilité de ces « visites » : « Cette réunion d'un grand nombre de médecins conversant entre eux, n'a, dit-il, d'autre résultat que d'exciter les malades. » Il estime de beaucoup préférable l'arrivée fréquente et inattendue des médecins et assistants. (*Uber Neubauten für Psychiatrische Kliniken*. Centralblatt f. Nervenheilk. und Psychiatr. Coblenz, août 1894.)

[2] Le Dr A. Marie remarque également que, chez nous, à l'encontre de ce qui se passe ailleurs, les internes n'ont qu'une faible participation au service.

D'autres mesures réglementaires viennent aggraver encore les défectuosités de l'organisation de l'internat des asiles. Nous voulons parler de la limitation à deux années du séjour des internes dans le même service, et de la durée trop restreinte de leurs fonctions (trois ans). La première mesure a pour résultat fâcheux de priver le chef de service de la collaboration d'un élève qu'il a formé, auquel il s'intéresse par suite plus spécialement, et qui connaît à fond les malades, le personnel et les familles.

La seconde disposition est éminemment regrettable. Après deux ou trois ans passés dans un établissement d'aliénés, il arrive qu'un certain nombre d'internes prennent goût à la médecine mentale, et se sentent attirés vers la carrière des asiles. Leur apprentissage d'aliéniste a pris fin. Ayant de plus terminé leurs études, passé examens et thèse, ils peuvent enfin se consacrer entièrement à leur tâche, tout en présentant, par leur diplôme de docteur, des garanties spéciales. Certains d'entre eux rendent alors de réels services et sont, pour le médecin, des collaborateurs indispensables dont on voudrait n'avoir pas à se séparer. C'est alors que, de la façon la plus malencontreuse, le Règlement intervient, — Règlement spécial d'ailleurs au département de la Seine, et en contradiction formelle avec le Règlement ministériel. Il faut que le médecin se prive du concours d'un aide compétent et dévoué. Ce dernier est rompu aux mille difficultés médicales et administratives qui se présentent dans un établissement d'aliénés. Il s'est adapté à ses fonctions. Il est susceptible de rendre des services considérables. Peu importe ! Les trois années d'exercice sont écoulées ; on oblige l'interne à partir, alors qu'on devrait mettre tout en œuvre pour le retenir. On remplace ce collaborateur utile par un étudiant, souvent tout au début de sa carrière médicale, complètement ignorant des choses de la psychiatrie, et qui — nous ne craignons pas de nous répéter — ayant en vue d'exercer plus tard la médecine ordinaire, ne saurait se passionner pour l'étude des maladies mentales. Pourquoi ce licenciement de jeunes médecins expérimentés ? On ne saurait le justifier. Que dirait-on d'un industriel qui, dans ses ateliers, ne voudrait que des apprentis et se hâterait de renvoyer ces derniers lorsque, les années d'apprentissage terminées, ils seraient devenus d'habiles ouvriers ? Comment qualifierait-on ce travail de Pénélope ?

Qu'on ne vienne pas invoquer l'exemple de l'internat des hôpitaux où la durée des fonctions (quatre ans) n'est que d'une année plus longue. La comparaison pèche par la base. Les internes des hôpitaux sont, en général, plus avancés dans leurs études médicales, en raison de la difficulté du concours qui oblige un grand nombre d'entre eux à se présenter plusieurs fois. En outre, tandis que l'interne des asiles prend possession de ses fonctions sans avoir jamais mis le pied dans un établissement d'aliénés, l'interne des hôpitaux, lui, a passé déjà quatre ou cinq ans dans les services hospitaliers en qualité d'externe et de stagiaire. De plus, la période d'apprentissage dans les asiles nécessite un temps considérable : les rapports avec les familles, l'étude d'affections toutes spéciales que l'interne n'a auparavant jamais eu l'occasion d'étudier, etc., exigent un noviciat assez prolongé. Enfin, pour l'internat des hôpitaux, on n'est pas en peine de trouver, parmi la foule des étudiants qui se destinent à la pratique ordinaire, des jeunes gens s'intéressant aux fonctions qu'ils ont à remplir : dans les asiles d'aliénés, la situation est bien différente, en raison de la spécialisation même de l'établissement.

Est-il encore besoin d'insister pour démontrer ce qu'a d'illogique un mode de recrutement qui choisit, pour remplir les fonctions si délicates d'interne dans un service d'aliénés, des élèves au début de leurs études, et se désintéressant en général de tout ce qui touche à l'aliénation mentale ? C'est là une sélection à rebours. Combien plus néfaste encore ce singulier licenciement des internes à l'heure même où ils sont devenus des aides utiles et compétents ! Que de forces on laisse perdre ainsi ! Et comme on tient peu compte des vues très sages qui ont présidé à l'organisation générale, par le ministre de l'intérieur, du service de l'internat dans les asiles ! Dans sa circulaire du 20 mars 1857, portant envoi aux préfets d'un *Règlement du service intérieur des asiles d'aliénés*, le ministre commentait ainsi l'article 54 du Règlement[1] :

« J'appelle toute votre attention sur le choix des élèves internes. « Il convient de ne nommer, autant que possible, aux emplois de « médecins des asiles publics d'aliénés que des élèves y ayant fait

[1] « Art. 54. Les élèves internes sont nommés par le préfet, sur la présentation du directeur et du médecin en chef ; ils doivent être âgés de vingt-un ans au moins et avoir au moins dix inscriptions. »

« un stage [1]... L'*internat doit être considéré dans un établissement*, « *comme le commencement d'une carrière*. Il importe donc de ne « l'ouvrir qu'à des jeunes gens laborieux, capables et dignes de la « parcourir sous les auspices et avec l'appui de l'administration [2].

D'ailleurs ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on formule des plaintes, trop justifiées, contre cet état de choses. En 1863, le Dr Girard de Cailleux, inspecteur général du service des aliénés de la Seine, s'exprimait ainsi à propos de l'internat dans les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière :

« Ces élèves, la plupart occupés de se préparer à de nouvelles « luttes pour assurer leur position dans les hôpitaux ordinaires, « ou acceptant leur situation dans les asiles spéciaux à titre pro- « visoire, n'attachant du reste à ces études qu'un intérêt secon- « daire, vu l'avenir incertain et peu avantageux que leur offre la « carrière aliéniste, ne consacrent point à ce service important le « temps qu'il mérite. Ils bornent, en effet, leur ambition à prendre « une connaissance superficielle de l'aliénation mentale de manière « à en reconnaître les formes, après en avoir constaté l'existence. « Par suite du peu d'attrait et du faible intérêt que leur présente « ce service, il n'est point étonnant de remarquer dans les sections « les mieux tenues, l'absence de feuilles d'observations, de cahiers « d'autopsie ; le plus souvent même, la présence des internes pen- « dant le jour fait défaut, entraînés qu'ils sont par des études « d'un autre genre... Enfin, appartenant par droit de concours à « l'administration des hôpitaux, rien ne les liant à la position « qu'ils occupent, ils sollicitent sans cesse leur changement, et « par suite de cette instabilité, les chefs de service perdent la « plus grande partie de leur autorité et toute direction médicale « sur ces jeunes gens *qui se bornent pour ainsi dire à traverser les* « *services*. Cet état de choses mérite de sérieuses réformes [3]... »

Citons encore un trait caractéristique qui vient à l'appui de ce que nous avons dit plus haut. Un seul élève, raconte Girard de Cailleux, a pu lui donner des renseignements sur les malades : c'était un externe qui remplissait provisoirement les fonctions d'interne. « J'ai appris, ajoute l'auteur, qu'il se proposait d'entrer dans la carrière aliéniste, ce qui m'a expliqué son zèle. »

[1] Il n'a d'ailleurs pas toujours été tenu compte de cette règle.

[2] *Législation sur les aliénés et les enfants assistés*, t. I, p. 183. Berger-Levrault, Paris, 1880.

[3] Girard de Cailleux. *Études pratiques sur les maladies nerveuses et mentales*. Paris, 1863, p. 191.

En résumé, le mode de recrutement actuel donne les résultats les plus fâcheux : il fournit des internes trop peu avancés dans leurs études médicales, et par suite préoccupés par leurs examens, leurs travaux pratiques, voire même la préparation d'autres concours. — Il ouvre les portes à nombre d'étudiants qui ne s'intéressent nullement à l'aliénation mentale. — Il met obstacle à toute stabilité des internes dans le même service et à toute collaboration effective du médecin et de son interne. — Enfin, par la limitation à trois années de la durée des fonctions, il oblige les médecins à se séparer de ceux de leurs élèves qui s'adonnent sérieusement à l'étude des maladies mentales, et cela précisément au moment où ces derniers seraient aptes à rendre de réels services.

Signaler ces défectuosités, c'est indiquer les réformes à introduire. Mais avant d'aborder cette question, il convient de dire quelques mots sur la façon dont le service de l'internat est organisé à l'étranger. Nous verrons que, sur ce point (comme sur d'autres, de l'organisation matérielle et morale de nos asiles), la comparaison n'est pas à notre avantage.

*
* *

L'institution des *assistants*, c'est-à-dire d'internes ayant terminé leurs études médicales, possédant leur diplôme de docteur, nommés pour une durée de quatre, cinq, six années et même davantage, se destinant presque tous à la spécialité, — cette institution obvie, dans la plupart des établissements étrangers, aux inconvénients que nous avons signalés.

En Ecosse, les assistants sont recrutés au choix et sur titres; ils entrent dans l'administration au cours de leurs études médicales, et une fois leur diplôme obtenu, ils deviennent d'assistants *juniors*, assistants *seniors*. Le chef de service *partage avec ces derniers une partie de sa besogne administrative et médicale* (délivrance de certificats et régime intérieur de l'asile). Un service médical complet est ainsi assuré pour chaque établissement. « Or on sait que le nombre des guéri-« sons obtenues en Ecosse est près du double des nôtres. La « sélection soignée des malades, grâce à un corps médical « nombreux, en est la cause [1]. »

[1] A. Marie. *Loc cit.*

En Italie, les assistants des asiles d'aliénés sont docteurs : à Rome, la durée de leurs fonctions est de trois ans ; mais à l'expiration de ce temps, ils peuvent être prolongés dans leurs fonctions pour une nouvelle période de trois années.

Il en est de même, à peu de chose près, en Allemagne, en Autriche [1], en Suisse, en Russie. Les assistants, qui sont docteurs, sont nommés pour une période souvent illimitée. Les nominations sont faites directement, sans concours et sans distinction de nationalité. Plus nombreux, mieux payés, mieux utilisés que les internes de nos asiles, les assistants ont aussi des fonctions moins subalternes : ils ne sont point soumis, comme chez nous, à une tutelle étroite ; on leur accorde une certaine initiative et une part de responsabilité.

Quelques exemples recueillis par nous-même sur place, au cours d'une mission dont nous avons été chargé, vont montrer combien plus étendue est la sphère des *attributions* des assistants. A l'asile de Bâle, le premier assistant est chargé, sous l'autorité du médecin en chef-directeur, de la moitié de la division des hommes, soit trois pavillons (admission, agités et malpropres), comprenant une soixantaine de malades. Le deuxième assistant s'occupe des deux pavillons de pensionnaires et de chroniques. Voici quel est l'emploi du temps : à 7 heures du matin, chaque assistant fait une visite dans la section dont le service lui est confié ; — à 8 h. 30, il assiste au rapport et rend compte au directeur des incidents survenus depuis la veille. A 9 h. 45, le directeur fait une visite générale de tous les services : il est accompagné des assistants (sauf au pensionnat des femmes). Cette visite se prolonge jusque vers 1 heure ; on assiste ainsi au déjeuner des malades. A 4 heures, contre-visite faite par les assistants. A 7 heures, nouvelle visite, et à 8 heures du soir, rapport.

A Munich, les assistants font, *seuls*, avant 10 heures, la visite de la section dont ils sont respectivement chargés. De 10 heures à midi, ils rendent compte des incidents survenus dans leur service au Directeur-médecin en chef. Le soir, de 4 à 5 heures, contre-visite.

A l'asile de Zurich, les assistants font, *seuls*, deux visites par jour dans leur division respective : l'une à 7 heures du matin, l'autre l'après-midi. Chacun d'eux est chargé, pour les

[1] H. Laehr. *Die Heil-und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke de deutschen Sprachgebietes in J.* 1890. Berlin, 1891.

malades de sa division, de la rédaction des observations, de la correspondance avec les familles, etc. [1]. A l'asile de Düsseldorf (550 malades), le plus ancien des assistants est *chargé de la division des hommes*.

Dans nombre d'autres asiles, les assistants font, *seuls*, la visite quotidienne; ils sont chargés de la correspondance avec les familles, et rédigent des rapports de médecine légale.

Ces détails suffisent pour montrer la distance qui sépare, au point de vue des attributions, le corps des assistants du corps de l'internat de nos asiles. Leurs fonctions, on le voit, sont loin d'être une sinécure; on exige beaucoup d'eux. Inutile d'insister sur les services considérables que peuvent rendre aux malades et au médecin, des aides aussi compétents et aussi stables.

Le *nombre* proportionnel des assistants des établissements étrangers est plus considérable que celui de nos internes [2]. Les internes des asiles de la Seine étaient en 1894, dans la proportion de 1 pour 275 malades. Pour les dix asiles suisses et allemands, pris au hasard, que nous citons ci-dessous, le rapport est de un assistant pour 117 malades, soit un chiffre proportionnel double et au delà de celui de nos asiles.

A Munich (598 malades), on compte quatre assistants titulaires, plus un volontaire. Les deux divisions des hommes et des femmes sont segmentées chacune en deux sections : *à la tête de chaque section est placé un assistant* qui est ainsi chargé, sous l'autorité du médecin en chef, du traitement d'un groupe de 120 à 170 malades.

Le directeur-médecin de l'asile municipal de Dresde (400 malades) est secondé par *quatre* assistants. — A Zurich,

[1] C'est l'assistant qui est chargé de rédiger lui-même les réponses aux demandes de renseignements des parents. Sa lettre est ensuite soumise à la signature du directeur médecin en chef. Le copie-lettres sert à en obtenir une reproduction qui est jointe au dossier du malade.

[2] Le nombre des internes en médecine des asiles de la Seine s'élève à dix-sept. Ils sont répartis ainsi qu'il suit (31 déc. 1894) :

Asile clinique (Sainte-Anne)	948	malades . .	6	internes.
— de Villejuif	1,468	— . .	4	—
— de Ville-Evrard	1,300	— . .	4	—
— de Vaucluse	959	— . .	3	—

Il faut y ajouter les deux internes de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de police qui font partie du corps de l'internat des asiles.

deux assistants sont chargés, l'un de la division des hommes (136 malades), l'autre de la division des femmes. — L'asile provincial de Vienne possède *cinq* assistants pour les 600 malades de l'asile proprement dit, et deux assistants pour le service de la clinique de psychiatrie (300 malades). — A Nietleben il y a *trois* assistants pour 700 aliénés.

L'asile de Herzberge (Berlin) possède, pour mille malades, *dix* assistants[1]. Chaque division de 500 aliénés possède quatre assistants titulaires, plus un volontaire ; ce qui donne la proportion d'un médecin pour cent malades. — A l'asile de Dalldorf (Berlin), il y a, pour 1,300 malades, *sept* assistants titulaires, plus *deux* volontaires. — A Bâle, la division des hommes qui ne compte que 125 malades, possède *deux* assistants (c'est le médecin adjoint qui est chargé de la division des femmes). Citons encore : les asiles de Düsseldorf (550 malades), et de Bonn (600 malades), avec *trois* assistants chacun[2].

Quant à la *durée des fonctions*, elle est pour ainsi dire illimitée : les assistants peuvent attendre, à l'asile même, qu'une place de médecin adjoint (ou médecin en second), devienne vacante. La plupart restent en exercice durant cinq, six, sept ans. A Vienne, les assistants sont nommés pour une période de deux années, renouvelable plusieurs fois. Ils ne sont considérés comme faisant définitivement partie du cadre des médecins des asiles, qu'après quatre années d'exercice.

Le *traitement* des assistants est en général supérieur à celui de nos internes. A Munich, ces médecins reçoivent, outre la nourriture, le logement, etc., un traitement variant, suivant leur ancienneté, de 1,250 à 1,825 francs. Le traitement varie de 1,125 à 3,000 francs à Hildesheim, et de 750 à 1,500 et 1,900 francs, dans la Prusse rhénane. A Vienne, le traitement est de 1,200 francs pour les deux premières années, puis de 1,600 francs (3e et 4e années), et enfin de 2,800 francs (5e et 6e années). A partir de 2,800 francs les assistants ne sont plus nourris. (*A suivre.*)

[1] A l'asile de Villejuif, nous le répétons, il n'y a que *quatre* internes pour près de 1,500 malades (1895).

[2] Il convient de mettre à part les cliniques de psychiatrie dont voici l'effectif :

Clinique de Leipzig	150 malades	. . . . .	3 assistants.
— de Berlin	188 —	. . . . .	4 —
— de Halle	120 —	. . . . .	3 —

BIBLIOGRAPHIE.

I. *Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie ;* par MM. G. Marinesco et Paul Sérieux. (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, XIV, fasc. 2, 1895.)

Ce travail, basé sur 160 observations personnelles, ne constitue pas seulement un essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, il contient encore une description complète de l'état permanent des épileptiques et des paroxysmes du mal comitial. Les auteurs étudient tour à tour l'hérédité, les stigmates physiques de dégénérescence, l'état mental, la coexistence des psychoses liées à la tare dégénérative. Dans le chapitre des paroxysmes, ils passent en revue les auras, les attaques, les vertiges, les absences, les délires. Comme les phénomènes convulsifs de l'épilepsie sont fugaces, MM. Marinesco et Sérieux ont utilisé la méthode graphique pour enregistrer ces divers phénomènes. L'épilepsie corticale déterminée par l'excitation électrique reproduit d'une façon fidèle les réactions motrices et organiques de l'épilepsie essentielle. Après avoir étudié en détail les agents provocateurs des paroxysmes épileptiques, ils concluent que le champ autrefois si vaste de l'épilepsie idiopathique diminue chaque jour. Ce sont les épilepsies réflexes et les épilepsies relevant d'une lésion organique tangible qui s'agrandissent aux dépens de la forme idiopathique.

Dans bien des cas d'épilepsie idiopathique, on ne peut découvrir d'autre agent provocateur que des accidents pathologiques d'ordre banal, parfois même que des facteurs physiologiques. Dans ces cas, les accès se reproduisent en apparence spontanément. Mais il est fort probable que la production, dans l'organisme, de certains poisons de nature inconnue entre pour une grande part dans la pathogénie des paroxysmes épileptiques. En réalité, ces agents seraient eux-mêmes insuffisants, s'ils n'exerçaient leur influence sur un terrain prédisposé qui constitue proprement l'état permanent des épileptiques.

On peut dire, en résumé, que plus la prédisposition est marquée moins l'agent provocateur a besoin d'être puissant. C'est là ce qui conduit les auteurs à admettre que la cause principale du mal épileptique réside dans des modifications de structure des neurones corticaux.

Le chapitre de la physiologie pathologique renferme des données très originales, parce que la théorie des neurones y a été appliquée à l'explication des symptômes du mal comitial. L'aura et l'épilepsie sensitive seraient dues, d'après MM. Marinesco et Sérieux, à l'excitation des neurones de réception ; les convulsions relèvent de l'ex-

citation des neurones d'exportation ou de décharge, tandis que le délire est sous la dépendance des neurones de perception et d'association.

Le traitement des épileptiques doit répondre à deux grandes indications : 1° modifier l'état permanent des malades ; 2° prévenir les paroxysmes en empêchant l'action des agents provocateurs. Les agents qui diminuent l'excitabilité corticale répondent à la première indication et sont susceptibles de prévenir les paroxysmes, tandis que la connaissance approfondie des agents provocateurs permettra de répondre à la seconde indication.

VARIA.

Les enfants arriérés.

Nous empruntons à la publication annuelle de M. de Crisenoy, intitulée : *Questions d'assistance et d'hygiène publiques traitées dans les conseils généraux en* 1894, les documents suivants qui concernent les progrès de l'assistance et du traitement des enfants idiots et arriérés.

I. *Création à l'asile d'aliénés de Bordeaux d'un quartier spécial pour les enfants idiotes.* (Rapport de la commission.)

Messieurs, à votre session d'avril dernier, M. le préfet, s'inspirant du désir manifesté par vous en septembre 1891, vous proposait de créer à l'asile d'aliénées un quartier spécial aux enfants arriérées, idiotes ou épileptiques et d'affecter à cette dépense les 11,693 francs provenant du legs Génin, et une somme de 24,000 francs à prendre sur celle de 32,000 francs allouée au département par l'administration supérieure sur les fonds du pari mutuel.

Par délibération du 6 avril 1894, le conseil général reconnaissait, en principe, l'utilité de la création projetée, mais renvoyait le dossier à M. le préfet, pour supplément d'instruction.

La question revient aujourd'hui devant vous complètement élucidée. La commission de surveillance de l'asile d'aliénés prend la charge d'installer le service en question, comprenant vingt-cinq ou trente lits avec tous les locaux accessoires, dans l'un des pavillons de l'asile approprié à cet effet. L'asile supportera la dépense moyennant la subvention de 36,000 francs environ dont il est parlé ci-dessus. Enfin, la commission de surveillance demande que le prix de journée soit provisoirement fixé à 2 francs.

Ce prix de journée dépasse notablement celui payé pour les malades originaires de la 4e classe, et qui ne s'élève qu'à 1 fr. 35. Mais il est juste de reconnaître, avec la commission de surveillance qu'il ne s'agit pas de malades adultes, mais bien d'enfants qui exigent une nourriture et des soins plus dispendieux, et qu'en outre, l'asile devra pourvoir ce quartier d'une institutrice et d'un maître de gymnastique. Au surplus, le prix de 2 francs n'est fixé qu'à titre provisoire, et votre commission a lieu d'espérer que la mise en pratique en amènera plutôt la réduction que l'accroissement. Il est bien entendu que ces frais de séjour seront, comme ceux des autres malades, supportés par les familles, les communes ou le département. Le conseil adopte ces propositions et décide que dix places au moins seront réservées aux indigents provenant des communes ou du département.

Sur les observations d'un membre du conseil, M. Clauzet, que le projet adopté donnera asile aux jeunes filles idiotes, épileptiques qui ne peuvent fréquenter les écoles, mais non aux malades adultes que les communes sont obligées de garder parce qu'elles ne peuvent les mettre dans aucun asile, le conseil invite le préfet à étudier la création d'un asile spécial pour cette catégorie de malades (6 avril et 4 septembre).

II. *Création d'un quartier d'enfants épileptiques et arriérés à l'asile de Dury.* (Renseignements sur les créations analogues dans les autres départements.)

A la session d'avril 1893, le conseil général avait demandé au préfet de faire une enquête qui lui permit d'apprécier l'utilité que pourrait présenter la création d'un quartier spécial d'enfants à l'asile d'aliénés de Dury. Cette enquête a porté sur le nombre d'enfants à hospitaliser et sur les institutions analogues existant dans les autres départements.

Statistique des enfants. — Il existe dans le département 298 enfants atteints d'affections mentales dont 183 garçons et 115 filles. Ces 298 enfants se répartissent de la manière suivante :

1° Suivant la nature de l'affection mentale : 126 arriérés ou imbéciles, 118 idiots, 54 épileptiques ; — 2° En raison de l'âge : 25 ayant moins de six ans, 128 de six à douze, 145 de treize à dix-huit ans ; — 3° Au point de vue de la surveillance : 249 de surveillance facile, 49 de surveillance difficile ; — 4° Au point de vue de la situation de fortune : 65 appartiennent à des familles aisées, 233 à des familles nécessiteuses.

III. *Quartiers d'enfants annexés aux asiles des départements.*

La plupart des asiles d'aliénés ne possèdent pas de quartiers spéciaux pour les enfants. Ceux-ci sont ordinairement placés dans

les quartiers de malades tranquilles et inoffensifs ou dans les infirmeries, quand leur état exige des soins assidus. Le nombre des enfants admis dans ces conditions est d'ailleurs généralement peu élevé; il a été en effet reconnu que le placement des enfants arriérés au milieu des adultes présente de grands inconvénients.

Des quartiers d'enfants existent dans huit asiles d'aliénés et sont en voie de création dans deux autres.

Armentières (Nord). — Le quartier comprend un corps de bâtiment séparé pour recevoir 100 enfants (50 de chaque sexe). Les dépenses de construction se sont élevées à 115,000 francs. Les idiots et les épileptiques sont seuls admis, à l'exclusion des arriérés et simples d'esprit. — *La Roche-sur-Yon* (Vendée). — Pavillons spéciaux isolés, mais faisant partie de l'asile d'aliénés. Il y a place pour 44 enfants (22 de chaque sexe). Les dépenses de construction se sont élevées à 70,000 francs, 31 enfants y sont actuellement entretenus. — *Bourges* (Cher). — Locaux dépendant de l'asile d'incurables. On peut y recevoir 30 garçons épileptiques. L'aménagement de ces locaux a nécessité une dépense de 12,400 francs.

Dans les établissements ci-après, les quartiers ont été construits en même temps que l'asile lui-même ou par les soins des ateliers de l'asile. Les dépenses d'installation n'ont pas fait l'objet d'un décompte spécial et ne peuvent par suite être évaluées.

Saint-Yon (Seine-Inférieure). — Le quartier comprend 52 lits pour les filles idiotes, imbéciles ou épileptiques, 46 enfants sont actuellement traitées. — *Quatre-Mares* (Seine-Inférieure). — Le quartier ne comprend que quelques locaux : un dortoir, un chauffoir-réfectoire, une petite salle d'école et un préau. On peut y placer 20 garçons idiots ou épileptiques. — *Evreux* (Eure). — Le quartier peut recevoir 44 enfants (22 de chaque sexe). 15 enfants y sont actuellement placés. — *Naugeat* (Haute-Vienne). — Le quartier est affecté aux enfants du sexe masculin épileptiques et idiots. Le nombre des places est de 25. — *Saint-Méen* (Ille-et-Vilaine). — On peut recevoir 20 enfants (10 de chaque sexe) idiots et épileptiques. Il y a en ce moment 17 enfants en traitement. — *Saint-Dizier* (Haute-Marne). — Le conseil général de la Haute-Marne, dans sa session d'avril 1894, a approuvé un projet d'aménagement d'un quartier spécial pour les épileptiques et idiots, dans un des bâtiments de l'asile de Saint-Dizier. Ce quartier pourra recevoir environ 15 malades. Le devis s'élève à 2,912 francs. — *La Charité* (Nièvre). — La construction, à l'asile de La Charité, de quartiers spéciaux aux jeunes idiots, épileptiques et pensionnat vient d'être également décidée par le conseil général qui a voté pour cet objet des crédits s'élevant à 528,000 francs. Les quartiers d'idiots pourront recevoir 100 malades des deux sexes, celui des épileptiques 70 et le pensionnat 100.

Le Conseil général de la Somme n'a pas discuté à la session

d'août la question qu'il avait posée précédemment et au sujet de laquelle il avait demandé les renseignements qu'on vient de lire.

Toutes ces tentatives sont assurément des plus louables et nous ne pouvons personnellement que nous en féliciter. Mais, suivant nous, si on ne veut pas commettre d'impairs, il serait absolument indispensable, que le ministère de l'intérieur fit dresser un programme précis des conditions que doivent remplir les quartiers ou les asiles destinés aux enfants idiots, arriérés et épileptiques. Il n'est pas de département, qui n'en ait un nombre assez grand pour justifier la construction d'un quartier ou d'un Asile-Ecole, d'au moins 300 enfants. Quand cela est possible, il y a tout avantage à le placer à côté d'un asile d'aliénés, dont les services généraux, s'ils ne sont pas déjà insuffisants, pourraient être communs. D'ailleurs, le programme étant accepté on pourrait ne construire les pavillons qu'au fur et à mesure des besoins, ce qui réserverait l'avenir pour ceux qui craignent que nos prévisions soient exagérées. B.

De la sortie des aliénés des asiles.

N° 1. — Sous le titre : *L'envie de tuer*, le *Républicain Orléanais* du 16 décembre relate le fait suivant : « Un homme couvert de sueur, les yeux hagards, la bouche écumante, entrait hier en coup de vent dans les bureaux du commissariat de police du quartier Clignancourt.

« Il dit d'une voix fébrile : — Je me nomme Gaston Poinsignon et je suis âgé de trente-six ans. Je suis sorti avant-hier de l'asile de Ville-Evrard avec un certificat constatant ma complète guérison. J'avais été conduit dans cet établissement à la suite d'un accès de folie furieuse. Or, continua l'homme en s'animant et en grinçant des dents, depuis que je suis en liberté, un désir fou me possède, une idée fixe s'est implantée dans mon cerveau... Il faut que je tue quelqu'un. Hier, j'ai acheté un revolver, je me suis promené la soirée entière dans Paris, cherchant une victime. J'ai rencontré des femmes, des jeunes filles, des enfants... Mon arme était dans la poche de mon vêtement, et j'avais le doigt sur la gâchette. Vingt fois j'ai été sur le point de faire feu sur d'inoffensifs passants, vingt fois j'ai eu assez d'énergie pour me contenir. Maintenant, je sens que je suis à bout. Arrêtez-moi, si vous ne voulez pas que je fasse un malheur !...

« L'infortuné Poinsignon avait à peine achevé de parler qu'un jeune homme apportait au commissariat un revolver chargé qu'il venait de ramasser dans la rue de Clignancourt : — C'est mon revolver, dit Poinsignon, je le reconnais. En venant ici, j'ai rencontré un petit garçon, je l'ai arrêté et je lui ai appliqué le canon

de mon arme sur la tempe. Je ne veux pas être un assassin, me suis-je dit au moment de presser la détente... J'ai fait un violent effort sur moi-même et j'ai jeté mon revolver dans le ruisseau pour ne pas avoir la tentation de m'en servir.

« Tout en parlant, le pauvre fou fixait obstinément un coupe-papier en métal qui se trouvait sur le bureau de M. Fédée : — Monsieur le commissaire, s'écria-t-il, enlevez ce coupe-papier, car je vais m'en servir contre vous. Et il ajouta : — Je sens que la crise va venir, je ne vais plus être maître de moi, attachez-moi les bras et les jambes! En effet, Poinsignon se mit à écumer et à rugir. On le ligota étroitement pour le conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. »

N° 2. — Une scène pénible s'est déroulée, hier, rue Blomet, dans une famille composée du père, M. L..., âgé de soixante-cinq ans, de la mère et de deux jeunes filles de dix-neuf et de quinze ans. L'aînée de celles-ci était sortie récemment d'une maison de santé où elle avait été internée à la suite de dérangements cérébraux, et semblait guérie, lorsque hier, à la suite d'une discussion futile avec ses parents, elle a été reprise d'un subit accès de folie furieuse, et a tenté d'étrangler son père et sa jeune sœur, en ce moment alitée. Jeanne L... a été envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt, sur l'ordre de M. Duponnois, commissaire de police. (*Le Journal*, 29 nov.)

N° 3. — *Un fou qui se livre.* — Un homme très correctement vêtu se présentait au commissariat de police de M. Guénin, rue de Provence, et lui tenait le discours suivant :

« Monsieur, je suis un fou dangereux et je viens vous prier de me faire enfermer. En ce moment je suis très calme, mais je sens parfaitement qu'une crise est prochaine. J'ai déjà été enfermé deux fois à Charenton et une fois à Picpus ; je suis propriétaire de plusieurs maisons à Levallois et à Asnières et je vous prie de faire prévenir ma famille à cette dernière commune où je suis domicilié. Je préfère venir vous trouver avant qu'un accès me prenne, parce qu'alors je suis en proie à une envie irrésistible de tuer n'importe qui. M. Guénin fit droit à la requête de ce singulier fou et le fit conduire à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Durant le trajet, le malheureux fut pris en effet d'une terrible crise et les agents qui l'accompagnaient eurent grand'peine à le maintenir. »

Ces faits montrent combien la situation des médecins des asiles est difficile quand il s'agit de signer la sortie des aliénés.

Les aliénés en liberté.

Folie furieuse : Un homme, jeune encore, sanglé dans une élégante redingote, portant le ruban de la Légion d'honneur, adres-

sait ce matin de vifs reproches à un gardien de la paix qui, étant de faction sur le quai des Orfèvres, ne lui avait point rendu les honneurs militaires. L'agent interloqué crut avoir affaire à un mauvais plaisant et riposta vertement à l'inconnu.

Celui-ci s'élança à la gorge du factionnaire qu'il voulait étrangler pour lui apprendre à obéir. D'autres agents arrivèrent enfin au secours de leur camarade et purent, après une lutte acharnée, maîtriser l'assaillant qui fut conduit devant le commissaire de police. Ce magistrat reconnut bientôt qu'il avait affaire à un dément, le capitaine X... qui, à la suite de fièvres pernicieuses contractées aux colonies, est sujet à de fréquents accès de folie furieuse. Le malheureux a été écroué à l'infirmerie du dépôt. (*Le Républicain Orléanais.*)

— On lit, d'autre part, dans l'*Indépendant Auxerrois* (nov.) : « Voici les renseignements que nous envoie notre correspondant sur le drame de la folie dont la petite commune de Jaulges a été le théâtre : une de ces dernières nuits, vers quatre heures du matin, Mme Ythier, femme d'un entrepreneur de battages, fut prise subitement d'un accès de démence furieuse. Elle se leva, s'empara d'une machine à coudre fonctionnant à la main et en asséna sur la tête de son mari un coup très violent.

« M. Ythier, malgré la grave blessure qu'il venait de recevoir, eut la force de sortir de son lit et la chance de pouvoir désarmer et maîtriser la malheureuse qui venait d'attenter à ses jours. Un médecin, mandé auprès du blessé, a constaté que la plaie qu'il portait à la tête, présentait un certain caractère de gravité. Il en a immédiatement opéré le pansement et aujourd'hui M. Ythier va aussi bien que possible. Quant à la pauvre folle, elle a été emmenée à Etivey, où habitent ses parents.

« Ainsi que nous l'avons annoncé, la gendarmerie de Saint-Florentin a procédé à une enquête au sujet de cette affaire. Comme ce n'est pas la première fois que Mme Ythier est victime de dangereuses crises cérébrales, il est probable que l'on se trouvera dans la nécessité de la faire interner dans un asile d'aliénés. »

Les faits de ce genre sont si nombreux qu'ils nous paraissent motiver de la part de M. Léon Bourgeois une circulaire à ses préfets pour les inviter, contrairement à la pratique actuelle, à *faciliter* le placement des aliénés, à le provoquer *dès le début de la maladie*, afin de donner aux malades plus de chances de guérison, à la société plus de sécurité.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ADJOINT DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS, INSTITUÉS PAR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 18 JUILLET 1888.

Par explication des arrêtés ministériels des 18 juillet 1888 et

14 avril 1894, un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés aura lieu à Paris, Lille, Nancy, Lyon, Bordeaux, Montpellier et Toulouse, dans les derniers jours du mois d'avril ou dans le courant du mois de mai prochain.

Un avis ultérieur publié au journal officiel et dans le recueil des actes administratifs de la préfecture du chef-lieu de chaque région fera connaître la date exacte d'ouverture de chacun des concours ainsi que celle à laquelle devront être parvenues au Ministère de l'intérieur les demandes des candidats qui solliciteront l'autorisation de concourir. Les demandes peuvent être adressées, dès maintenant, au Ministère de l'intérieur, sous le timbre de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, premier bureau.

FAITS DIVERS.

Distinctions honorifiques. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nos amis et collaborateurs M. le Dr Briand, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et M. le Dr A. Marie, médecin en chef de la colonie de Dun-sur-Auron, viennent d'être nommés, le premier, chevalier de la Légion d'honneur, le second officier d'Académie. — Nous leur adressons à tous deux nos plus vives félicitations. B.

Nécrologie. — Le Dr Gauster, directeur de l'asile provincial de la Basse-Autriche vient de mourir à Vienne, à l'âge de soixante-huit ans (mars 1895). Il était médecin en chef de l'asile de Vienne depuis 1871 et directeur du même asile depuis 1885. Parmi ses monographies : les *Dégénérescences psychiques*, dans l'Encyclopédie de médecine légale de Maschka (1882); la *Folie morale* (1879), la *Paralysie générale progressive* (Iahrb. f. Psychiatr., 1879); le *Traitement de l'épilepsie par les bromures* (Wiener medicinische Presse, 1889); l'*Epidémie d'influenza à l'asile de Vienne; son influence sur les psychopathies* (Wien. med. Presse, 1891). L'asile provincial de Kierling-Gugging a été construit d'après ses plans. Gauster a été pendant de longues années vice-président de la Société psychiatrique de Vienne. (*Jahrb. f. Psych.*, t. XIV, f. 1 et 2, 1895.) P. Sérieux.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 296.

Vol. I. Mars 1896. N° 3.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES CHANGEMENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DANS LA POLYNÉVRITE;

Par le Dr Serge SOUKHANOFF,
Médecin de la Clinique psychiatrique de Moscou.

Peu de temps après que la polynévrite fut regardée comme une entité morbide, liée avec la lésion des nerfs périphériques, on commença à remarquer que dans cette maladie peuvent aussi survenir différents changements du système nerveux central. Ces anomalies apparaissaient le plus souvent et le plus distinctement dans la moelle épinière et elles atteignaient également la substance grise et la substance blanche. C'était Vierordt [1], qui le premier avait décrit un cas pareil. Il avait constaté dans son observation la lésion des faisceaux de Goll, dans la moelle épinière ainsi que dans le bulbe. Il est à remarquer cependant que dans le cas de Vierordt le tableau clinique de la polynévrite alcoolique n'était pas constaté par les recherches microscopiques.

Kahler et Pick [2] trouvèrent dans la polynévrite une vacuolisation très distincte des cellules des cornes antérieures de la substance grise.

C'est M. le professeur Korsakow [3] qui démontra dans sa mo-

[1] *Degeneration der Goll'schen Stränge bei einem Potator (Arch. f. Psychiatrie*, XVII, 365).

[2] Voyez Korsakow. *De la paralysie alcoolique*, thèse de Moscou, 1887, p. 300, 301.

[3] *Idem*, p. 307.

nographie bien connue, intitulée *De la paralysie alcoolique*, plus nettement et plus définitivement les changements du système nerveux central dans certains cas de la polynévrite. D'après l'opinion de ce dernier auteur, ces changements consistent dans l'atrophie et la vacuolisation des cellules, dans les changements des vaisseaux, dans de petites hémorragies du système nerveux, dans la multiplication du tissu conjonctif (surtout dans les cordons postérieurs et latéraux de la moelle épinière).

En examinant les cas que nous trouvons chez d'autres auteurs concernant les changements du système nerveux central dans la polynévrite nous nous assurons, que ces altérations avaient eu lieu pour la plupart du temps dans la moelle épinière et dans le bulbe, mais elles ne furent pas partout égales. C'est ainsi que Eichhorst[1], dans son observation de la polynévrite alcoolique, remarqua dans la région dorsale de la moelle épinière une assez grande quantité de très petites hémorragies.

Wilkin[2] constata dans son cas une lésion de faisceaux postérieurs, surtout auprès de la périphérie de la moelle épinière, une dégénérescence des racines postérieures, une multiplication du tissu conjonctif des cordons latéraux et la leptoméningite spinale.

Sharkey observa la prolifération des noyaux des cellules dans la substance grise en général et la disparition des prolongements cellulaires dans les cornes antérieures en partie.

Schaffer[3] aussi rencontra dans la polynévrite alcoolique une atrophie des cellules des cornes antérieures et des cordons de Clarke et une altération de la substance blanche, surtout dans les cordons postérieurs, en forme des corps amylacés. Payne démontre une altération aiguë de la moelle en forme de la myélite. Dans le cas de M. Korsakow et de M. Serbsky[4]

[1] Eichhorst. *Neuritis fascians. Ein Beitrag zur Lehre von der Alcoholneuritis (Virch. Arch.*, B. 112, 1888, p. 237-259).

[2] Wilkin. *Alcoholic paralysis with central lesion (Med. News.* July 13). Voyez *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin*, 1890. Berlin, Jahrgang XXIV, B. II, I Abth. (*Bericht für das Jahr.*, 1889, p. 116).

[3] Schaffer. *Ein Fall von Alcoholparalyse mit centralem Befunde. Neurologisches Centralb.*, 1889, v. 6, p. 156.

[4] Korsakow et Serbsky. *Uu cas de psychose polynévritique avec autopsie.* Sbornik posviaszonny prof. Kojéwnikow, 1890, p. 319-372.

fut constaté le développement très fort du tissu conjonctif dans le faisceau de Goll.

Dans l'ouvrage de M. le professeur Kojéwnikow[1] sont cités cinq cas de paralysie alcoolique avec autopsie, où l'on trouva dans la moelle épinière des altérations qui ne furent pas égales dans différentes observations ; mais, en somme, elles consistaient dans l'élargissement des cylindraxes, (observ. I), dans l'apparition de globules granuleux (observ. II, III et IV), dans la vacuolisation des cellules (observ. III) et dans la lésion des cordons postérieurs (observ. II et IV), latéraux (observ. II et IV) et antérieurs (observ. IV).

En comparant les cas de la polynévrite décrits dans la monographie de Pal[2], se jette aux yeux l'altération fréquente des cordons postérieurs et de la zone marginale de Lissauer et des racines postérieures.

L'altération de ces dernières fut constatée de même par Biedekarken[3]. C'est lui qui remarqua dans son cas sur la coupe transversale de la moelle épinière la disparition d'une grande partie de fibres nerveuses.

Nous devons maintenant mentionner encore un ouvrage concernant la question des altérations centrales dans la polynévrite alcoolique. C'est Campbell[4], l'auteur de cet ouvrage qui employa dans ces investigations la nouvelle méthode de la coloration de Marchi.

Campbell cite quatre cas de la polynévrite alcoolique. Dans le premier cas, dans la région du bulbe et de la protubérance, « aucun centre ganglionnaire n'avait de changements pathologiques, mais tout le long de la voie pyramidale, on a trouvé la dégénérescence disséminée des fibres nerveuses ».

Dans le même cas les fibres nerveuses dégénérées ont été disséminées dans la moelle épinière. On observa la dégénérescence partielle aussi dans les racines, et elle a été plus visible dans les racines postérieures que dans les inférieures.

[1] Prof. Kojéwnikow. *De la paralysie alcoolique.* Westnik psychiatrü, 1891, f. II, p. 180-209.

[2] Pal. *Ueber multiple Neuritis.* Wien, 1891.

[3] Carl Biedekarken. *Ueber multiple insbesondere Alcohol-Neuritis mit Beschreieung eines Falles von solcher.* 1892. Freiburg.

[4] Campbell. *Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der sogenannten Polyneuritis alcoholica. (Zeitschrift für Heilkunde,* 1893, B. XIV, H. I, p. 11-40.)

Dans sa seconde observation, Campbell remarqua la même chose dans la région du bulbe et de la protubérance ; quant à la moelle épinière, les fibres dégénérées disséminées tout le long de cette dernière s'étendent en plus grande quantité dans la zone marginale de Lissauer et dans les cordons et les racines postérieures. Dans le troisième cas les cordons de Goll, la zone marginale de Lissauer, la voie cérébelleuse et le faisceau de Gowers contenaient le plus grand nombre des fibres dégénérées. Quant au quatrième cas, la lésion était plus remarquable dans le faisceau de Burdach, dans celui de Goll et dans la zone marginale de Lissauer. En outre, Campbell rencontra des vacuoles et la pigmentation des cellules des cornes antérieures et postérieures et des cordons de Clarke et souvent l'oblitération du canal central.

En raison de ces faits, l'auteur en question a fait la conclusion suivante : « D'après mon opinion, la dégénérescence multiple des nerfs périphériques doit s'accompagner d'un changement sensible dans la moelle épinière (et j'envisage cela comme règle), c'est-à-dire de la dégénérescence disséminée des fibres nerveuses de la moelle avec la lésion spéciale de la zone radiculaire de Lissauer et des cordons postérieurs. Et dans tous ces cas, dans les racines postérieures était remarquée la dégénérescence partielle. »

Ainsi après l'examen des travaux que nous venons de citer concernant l'objet qui nous intéresse, nous voyons que la lésion du système nerveux central, surtout de la moelle épinière, dans la polynévrite, se rencontre très souvent.

Les nouvelles recherches nous permettent d'être d'accord avec Campbell que les altérations de la moelle et de ses racines sont inévitables pour la névrite multiple. Sans doute le degré et même la qualité de ces anomalies peuvent être différents dans divers cas.

Le cas de la polynévrite alcoolique que nous allons décrire nous sert d'exemple très visible des lésions aiguës et très prononcées de la moelle épinière et en partie du bulbe.

Le malade âgé de vingt-un ans, entre à la clinique psychiatrique de Moscou, le 26 mars de l'année 1895. Concernant l'hérédité nous avons appris les faits suivants : le père du malade était un homme énergique et actif ; la mère était une personne nerveuse, irritable, déséquilibrée et elle souffrait de la migraine ; une tante du côté paternel était une personne extravagante ; l'oncle et

le grand-père du côté maternel abusaient des boissons, ses grands parents étaient atteints d'hémiplégie ; l'une des sœurs du malade a été sujette à une maladie mentale, la seconde mourut de phtisie, la troisième décéda pendant des convulsions, quant à la quatrième, c'est une personne déséquilibrée et qui s'entraîne à tout ; notre malade est le cadet de la famille. Il est né à terme, mais les couches étaient longues et pénibles. Un jour, étant enfant encore, notre malade en jouant aux chevaux, tomba et pendant une heure il resta inconscient.

Les personnes qui l'entouraient commencèrent à remarquer dans sa tendre enfance encore, qu'il était nerveux et emporté. Ayant un caractère doux, mais faible, il était très impressionnable. Parfois le malade semblait énergique, s'emportait et s'animait sous l'influence étrangère ; mais son énergie n'était jamais de longue durée et n'apparaissait que par intervalles.

En somme, il était très insoucieux, étourdi, très mal équilibré, doué d'une volonté faible et d'une humeur changeante et inconstante. Ayant commencé ses études très tôt, le malade était dans deux écoles sans y avoir fini son cours ; plus tard il essaya d'entrer dans une des universités à l'étranger ; outre cela il s'occupait à la maison sous la direction de personnes instruites; mais il n'aboutit à rien.

Notre malade commença à boire de très bonne heure, mais nous ne pûmes savoir au juste quand. A treize ans, c'était déjà remarqué par son entourage. Et depuis lors il s'adonna aux boissons de plus en plus. Avant, il avait des intervalles lucides, mais depuis deux ans, il ne les a plus.

Son désir de boire n'avait pas de caractère d'impulsion irrésistible, mais il était tout de même plus fort que la faible volonté du malade. Ce dernier, pour se distinguer, inventait toutes sortes de raisons : tantôt il se disait amoureux sans réciprocité, tantôt il se plaignait d'un désenchantement général.

Au printemps de l'année 1892, le malade fut atteint de *delirium tremens*, et ses parents furent obligés de le placer dans un des établissements spéciaux pour les alcooliques, à l'étranger, où il resta trois mois et fut traité par l'hypnotisme ; mais notre malade appartenait à la catégorie des personnes qui ne sont jamais sujettes au sommeil suggéré. Bientôt après sa sortie de l'asile, notre malade dans peu de temps recommença à boire avec excès.

En automne de l'année 1894, pendant un nouvel accès de delirium tremens, notre malade se précipita par la fenêtre du second étage, se donna des coups très accusés et resta quelques heures inconscient. Au mois de décembre de cette même année, il a eu plusieurs attaques épileptiques.

Nous ne pûmes savoir au juste le commencement de la maladie présente ; nous savons seulement que deux mois avant l'entrée du

malade à la clinique psychiatrique, les personnes qui l'entouraient remarquèrent qu'il avait une démarche mal assurée et se plaignait de la faiblesse des pieds.

Presque en même temps son appétit qui n'était plus déjà bon, devint encore pire et le malade eut des vomissements opiniâtres. A la moitié du mois de février de l'année 1895, le malade se sentit un jour plus mal, et que ses pieds se paralysaient de plus en plus.

En réalité, le degré de la paralysie devint si fort que le malade fut obligé de garder le lit. Un mois et demi avant son entrée à la clinique psychiatrique il cessa de boire.

Etat présent. — Le malade est d'une assez bonne constitution, et d'un embonpoint satisfaisant. Les oreilles et surtout les dents sont celles d'un dégénéré. Le malade est faible et il ne peut ni marcher, ni se tenir sur les pieds. Le côté droit de son visage se trouve en état de légère parésie comparativement au côté gauche; dans tous les mouvements mimiques la moitié gauche tire de son côté. La langue tremble et est un peu déviée à droite. Il a un nystagmus très accusé. Les membres supérieurs sont en général faibles, mais le bras droit est visiblement plus faible que le gauche ; les mains sont plus affectées comparativement que les muscles de l'avant-bras et du bras.

Les mouvements actifs de la main droite sont faibles, mal coordonnés et maladroits et l'extension de la main gauche est presque impossible.

La sensibilité générale des membres supérieurs est conservée, quant à la main droite elle est un peu émoussée. Les muscles du tronc, à l'exception de la faiblesse des muscles abdominaux, ne présentent aucune anomalie. Les membres inférieurs se trouvent dans la situation suivante : les mouvements actifs des cuisses sont possibles quoique faibles ; ceux des jambes sont encore plus faibles ceux des pieds sont presque tout à fait impossibles, et dans les doigts les mouvements actifs manquent totalement. Les réflexes patellaires n'existent pas. Les muscles de la jambe et de la cuisse sont douloureux à la pression des deux côtés. La sensibilité tactile est amoindrie sur les pieds plus que dans la région de la jambe et de la cuisse. Certain mouvement des pieds, leur toucher et le déplacement du malade sont très douloureux, et cette douleur l'oblige à rester tranquille. Les pieds sont œdémateux. La peau est boursouflée. Quant aux organes digestifs, il est à noter la disposition à vomir et des vomissements, la diarrhée et l'abdomen gonflé. Le pouls est accéléré (à peu près 120-130 dans une minute). Le malade tousse assez fort. L'urine est concentrée ; sa quantité est très diminuée ; elle ne contient ni albumine, ni sucre. L'état mental du malade présente quelques singularités.

Le nouvel entourage ne l'intéresse pas ; il est à tout indifférent et seulement en voyant le médecin, il commence, comme un

enfant capricieux et impatient, à prier de fumer. Sa propre situation l'inquiète peu et il ne semble pas remarquer qu'il est sérieusement malade. Quoiqu'il n'y avait pas de grandes affections de la mémoire, mais cependant, en examinant l'état mental du malade scrupuleusement, on voit qu'il ne peut pas tout à fait bien s'orienter dans les faits des jours derniers.

Lorsqu'on lui demande quel est le quantième aujourd'hui, il ne répond pas toujours également. Les jours suivants de son séjour à la clinique psychiatrique, les phénomènes paralytiques s'aggravèrent progressivement. La toux augmentait et s'accompagnait d'une expectoration abondante de pituite fétide. Dans divers endroits de l'un et de l'autre poumon nous trouvâmes toutes sortes de râles humides et secs, et il y avait des endroits où on percevait à la percussion des sons émoussés. Mais la faiblesse du malade ne nous permit pas de faire une plus exacte auscultation et une percussion.

Après quelques jours de l'entrée du malade à la clinique, on trouva dans sa pituite les bacilles de Koch.

La quantité d'urine n'augmentait pas et restait très diminuée. Le pouls était faible durant tout ce temps et accéléré (120-140 battements). La température oscillait irrégulièrement entre 37 et 40°. Les vomissements et la diarrhée ne cessaient pas. L'abdomen était gonflé. La faiblesse des muscles abdominaux s'accroissait. L'observation de l'état mental du malade indiquait qu'il avait des singularités. La mémoire devenait encore plus faible et encore moins nette. Il ne faisait guère attention à son état dangereux et sa principale pensée était de demander à fumer; quelquefois il demandait à aller à la maison « pour quelque temps en visite », disait-il. Toutes ses prières d'aller à la maison et de fumer étaient très monotones et stéréotypées, et il s'adressait avec la même prière à certaines personnes. L'état physique du malade s'empirait progressivement et le 14 avril le malade succomba.

L'*autopsie*, qui a eu lieu le lendemain, donna les résultats suivants : *Cavité cranienne :* Leptoméningite chronique très nette. La substance du cerveau est œdémateuse. Les ventricules du cerveau sont dilatés. Sclérose des artères de la base du cerveau.

Cavité du thorax et celle de l'abdomen. Dans la cavité de la plèvre droite, on a trouvé une assez grande quantité de liquidité ichoreuse, purulente et très fétide. Le poumon droit est comprimé et il est accessible à l'air seulement dans sa portion supérieure. Dans la partie supérieure de la portion inférieure du poumon droit il y a une assez grande caverne avec perforation dans la cavité de la plèvre. Par tout le poumon droit sont disséminés des nœuds de diverses grandeurs et solidités. La plèvre du poumon droit est couverte des membranes gris vert.

Le poumon gauche est adhérent légèrement en plusieurs endroits

à la plèvre correspondante. Sur le poumon gauche sont aussi disséminées des adhérences, mais moins grandes; dans quelques endroits on voit des cavernes. Le cœur est d'une couleur de chair cuite. La face interne de l'aorte est couverte de plaques athéromateuses. La rate est un peu augmentée et flétrie. Le foie est ausssi augmenté et d'une dégénération adipeuse. Les capsules des reins ne s'ôtent pas facilement. Outre cela, les viscères ne présentent rien d'anormal.

Les *recherches microscopiques* des nerfs périphériques, colorés à l'aide de l'acide osmique, confirmèrent l'existence de la névrite parenchymateuse. Pour cet examen nous prîmes les *nervi dorsalis pedis, peroneus, radialis* (à la région du bras), *ulnaris vagus* et *phrenicus* et nous vîmes que le procès morbide envahit surtout les *nervi dorsalis pedis* et *peroneus*, moins le *nervus radialis* et très peu le reste des nerfs en question.

Dans les nerfs gravement altérés, nous pouvions observer sur la même préparation microscopique toutes sortes de degrés de destruction de la myéline jusqu'à sa totale disparition. Nous avons aussi remarqué sur plusieurs préparations des endroits, où il y a un semblant de la névrite segmentaire.

Examen microscopique de la moelle [1]. *Région lombaire.* — Sur les coupes transversales, sur les préparations microscopiques, traitées par la méthode de Marchi, la lésion des cordons postérieurs est évidente, elle est distribuée dans ces derniers très inégalement. La portion postéro-externe des cordons postérieurs a souffert le plus. Il faut dire que même dans la région, où le procès morbide est exprimé plus intensivement, on ne trouve pas une lésion entière des voies conductrices, mais les fibres dégénérées se mêlent avec les fibres saines. Ce qui concerne la portion antéro-interne des cordons postérieurs, nous y trouvons beaucoup moins de fibres dégénérées qu'à la région de l'altération *la plus intensive.*

Les fibres dégénérées sont aussi disséminées çà et là dans les cordons antérieurs et latéraux. Les racines postérieures ont assez souffertes et en tout cas plus que les antérieures. Sur les coupes transversales de la moelle épinière on voit nettement que les faisceaux des fibres dégénérées se dirigent des racines antérieures ainsi que des racines postérieures vers la substance grise des cornes correspondantes et traversent visiblement cette dernière dans diverses directions ; surtout on le remarque dans les cornes postérieures. Cela dépend de ce que la lésion des racines postérieures est plus grave. Nous voyons encore comme les petits faisceaux des fibres dégénérées se tendent vers les cellules de la corne antérieure correspondante. Nous rencontrons aussi des fibres dégénérées et dans la commissure antérieure.

[1] Voyez la *figure* 15.

La *région dorsale* présente les mêmes altérations que nous venons de décrire, avec la seule différence que la lésion des cordons postérieurs est ici distribuée plus également, et c'est difficile de dire quelle portion de ces cordons contient plus de fibres dégénérées. Ce

Fig. 15.

Région lombaire.

Préparation, traitée par la méthode de Marchi.

qui concerne les autres cordons de la moelle, c'est-à-dire les cordons antérieurs et latéraux, il faut remarquer que la région dorsale contient plus de fibres dégénérées, que la région lombaire ; surtout on voit la multiplication des fibres altérées dans les cordons latéraux en général, bien que la lésion de ces derniers est moins grave que celle des antérieurs. Nous trouvons aussi des fibres dégénérées dans la commissure antérieure. Les racines postérieures et antérieures tout aussi bien que la substance grise présentent les mêmes anomalies, qui sont analogues à celles que nous venons de décrire.

Renflement cervical[1]. — Sur les préparations microscopiques de cette région, traitées par la méthode de Marchi et de Weigert, ainsi que sur les préparations colorées par le carmin, on voit

[1] Voyez la *figure* 16.

déjà à l'œil nu la lésion de la portion interne des cordons postérieurs qui se nomme le faisceau de Goll. En regardant sous divers grossissements des préparations microscopiques de Marchi on voit que la lésion des cordons de Goll est très grave et la quantité des fibres dégénérées domine la quantité des fibres saines. La netteté des esquisses des cordons de Goll dépend encore de ce que les faisceaux de Burdach sont lésés dans le renflement cervical très peu comparativement à la région lombaire.

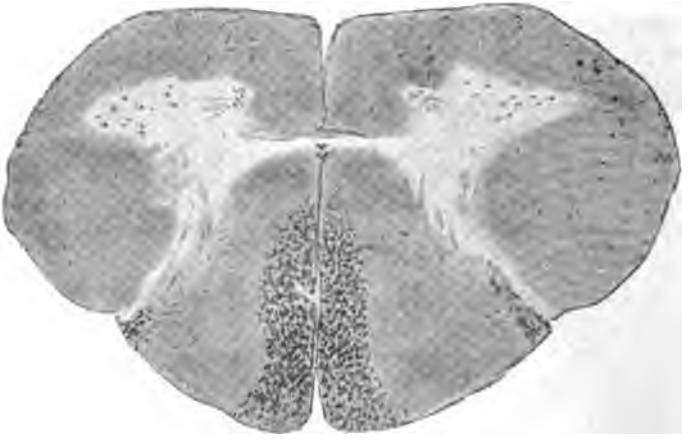

Fig. 16.

Région cervicale.

Préparation, traitée par la méthode de Marchi.

Dans le faisceau de Burdach, la région qui est adjacente aux racines postérieures, dont le procès morbide est aussi plus grave que dans les racines antérieures, a souffert le plus. Dans les cordons antérieurs et latéraux les fibres dégénérées ne sont pas très nombreuses. Sur les préparations microscopiques traitées par la méthode de Weigert la lésion des faisceaux de Goll se remarque aussi, bien qu'elle ne soit pas visible, comme sur les préparations colorées par la méthode de Marchi. La méthode de ce dernier nous donne dans notre cas la plus nette présentation de la quantité des fibres qui participent dans le procès morbide. Sur les préparations microscopiques colorées par le carmin, de la région du renflement cervical, les faisceaux de Goll ont une autre coloration que le reste de la substance blanche. Outre cela, nous voyons dans la région altérée une multiplication des vaisseaux et une congestion. Nous observons ce tableau seulement dans les faisceaux de Goll,

mais dans ceux de Burdach il n'existe pas. Sur les préparations microscopiques colorées par la méthode de Marchi et prises de la région *au-dessus du renflement cervical*, les faisceaux de Goll ont souffert tout autant que ceux du renflement cervical. Dans les faisceaux de Burdach, la quantité des fibres dégénérées est plus grande que dans les faisceaux antérieurs et latéraux. A la périphérie de la moelle épinière, plus près du bord extérieur du faisceau dégénéré de Goll que de l'entrée de la racine postérieure, est située une agglomération de fibres dégénérées.

Outre tout ce que nous avons dit des changements de la moelle épinière, il est à remarquer que nous ne trouvâmes pas de lésion des cellules de la substance grise, ni sur les préparations colorées par le carmin, ni sur celles de Nissl.

Bulbe et protubérance (préparations traitées par la méthode de

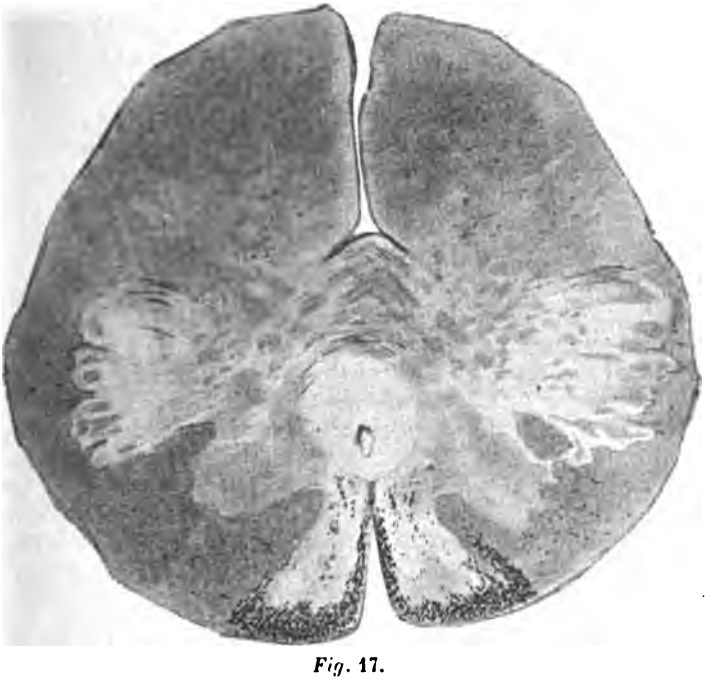

Fig. 17.

Bulbe (au niveau du croisement du *lemniscus*).

Préparation, traitée par la méthode de Marchi.

Marchi). Voyez la *figure* 17. — En examinant les coupes transversales au niveau du croisement du *lemniscus*, nous remarquons très

nettement la lésion du *funiculus gracilis*. Cette dernière est la continuation de la lésion du faisceau de Goll. Les fibres dégénérées pénètrent à toutes directions le noyau du *funiculus gracilis*.

Au même niveau les fibres dégénérées se rencontrent dans le *funiculus cuneatus* et dans son noyau et bien moins dans d'autres systèmes conducteurs. Sur les coupes transversales du bulbe et de la protubérance, où on voit les *nervi hypoglossus*, *facialis*, *abducens* et *oculomotorius*, nous remarquons que tous ces nerfs craniens dont nous venons de parler, contiennent avec les fibres saines une petite quantité des fibres dégénérées.

L'examen microscopique de l'écorce cérébrale par la méthode de Marchi ne nous a pas donné des résultats définis.

Dans notre cas de la polynévrite dont nous venons de parler, l'altération du système nerveux central nous présente un intérêt particulier, concernant le caractère de ce procès morbide, nous pouvons dire que nous avons affaire à une maladie aiguë de la moelle épinière et du bulbe. On peut s'en assurer facilement en examinant les préparations microscopiques faites par la méthode de Marchi, grâce à laquelle nous avons la possibilité de constater un procès dégénératif frais dans la destruction des fibres à myéline. Ce procès est tout à fait semblable à celui que nous observons dans les nerfs périphériques pendant la névrite parenchymateuse.

Nous voyons sur les préparations traitées par la méthode de Marchi, outre des fibres dégénérées, disséminées çà et là parmi les saines, que la dégénérescence envahit principalement les cordons postérieurs et les racines antérieures et postérieures. Dans la région lombaire le procès morbide a plus attaqué la portion postéro-externe des cordons postérieurs que la portion antéro-interne ; dans la région dorsale les faisceaux postérieurs sont altérés plus également et dans l'intumescence cervicale et plus haut ont souffert le plus les faisceaux de Goll et leur continuation immédiate dans le bulbe, c'est-à-dire le *funiculus gracilis*. Puisque la dégénérescence des racines postérieures est très marquée sur toutes les préparations microscopiques traitées par la méthode de Marchi, il faut supposer que la lésion des cordons postérieurs est une continuation du procès morbide des racines correspondantes ; la distribution inégale de la lésion des cordons postérieurs sur les différentes hauteurs de la moelle épinière s'explique de la manière suivante : une partie des racines postérieures continue sans interruption dans les cordons postérieurs; les fibres radiculaires, après leur en-

trée dans la moelle, s'approchent vers la ligne médiane et elles se placent dans la portion externe des cordons postérieurs ; et puis, en se rendant de plus en plus vers la ligne médiane elles atteignent les cordons de Goll et font partie de ces derniers. Le degré de la dégénérescence de la portion externe des cordons postérieurs, c'est-à-dire des faisceaux de Burdach, n'est pas égal sur les différentes hauteurs de la moelle ; ce fait s'explique par cela que les racines postérieures sont plus attaquées dans les étages inférieurs que dans les supérieurs.

Quel rapport existe entre la lésion de la moelle et du bulbe et la névrite multiple? L'altération de l'appareil nerveux périphérique, avec le changement très marqué de la moelle et du bulbe et aussi des parties situées plus haut, les symptômes cliniques du côté du cerveau (les vomissements et l'état mental très caractéristique), tout cela indique que dans la maladie nommée la névrite multiple, souffrent non seulement les nerfs périphériques, mais le système nerveux entier. Nous connaissons plus les anomalies de la moelle qui sont observées dans la polynévrite et qui consistent dans l'altération des éléments cellulaires, de même que le changement des voies conductrices. Ces changements ne se ressemblent pas dans chaque cas. Quelquefois ils sont exprimés très nettement, d'autres fois, au contraire, plus faiblement. La méthode de Marchi, qui consiste dans la coloration des préparations à l'aide des chromates et de l'acide osmique, est, selon nous, un réactif plus sensible que la méthode de Weigert, concernant le système nerveux central et surtout la moelle épinière dans la polynévrite.

Dans notre revue historique nous avons déjà parlé des observations de Campbell qui a trouvé dans tous ces quatre cas décrits par lui, une lésion des voies conductrices de la moelle épinière, en se servant outre la méthode de Weigert de celle de Marchi. Ce même auteur a fait une examen du bulbe et de la protubérance et il réussit à constater ici les anomalies semblables à celles de la moelle épinière. En ce qui regarde les recherches microscopiques du *cerveau*, il faut remarquer que jusqu'à présent on n'a pas trouvé de changements caractéristiques même dans les cas où les symptômes du côté du cerveau en forme de la psychose particulière avec amnésie étaient exprimés très nettement. Ce manque des changements microscopiques propres à la psychose polynévritique ne nous empêche

pas d'envisager la névrite multiple comme une maladie de tout le système nerveux et nous voyons que dans un cas existe la lésion très profonde de la moelle épinière, dans un autre la moelle souffre comparativement peu, mais la névrite multiple est accompagnée des symptômes cliniques caractéristiques pour la lésion du cerveau.

Pour l'explication des différents phénomènes observés dans la polynévrite, il existe une théorie que l'on nomme toxémique. Ses partisans supposent que la névrite multiple est provoquée par une auto-intoxication du sang et par un dérangement particulier de la nutrition, ce qui se réfléchit, entre autre, sur la qualité et sur la quantité de l'urine.

THÉRAPEUTIQUE.

PHARMACOLOGIE DU CORPS THYROÏDE;

Par M. YVON,

(Travail du laboratoire de thérapeutique de la Clinique des maladies nerveuses.)

L'action et l'efficacité thérapeutique du corp thyroïde contre le myxœdème sont aujourd'hui démontrées d'une manière incontestable. Ce mode de traitement est entré définitivement dans la pratique médicale. Divers modes d'administration ont été préconisés, on emploie tantôt le corps thyroïde en nature, tantôt après lui avoir fait revêtir diverses formes pharmaceutiques. Nous passerons successivement en revue les points suivants : 1° greffe directe du corps thyroïde provenant d'un animal vvant; 2° injections sous-cutanées de suc ou d'extrait thyroïdien; 3° administration du corps thyroïde en nature; 4° administration de poudre desséchée, de pulpe, d'extrait fluide ou mou.

1° *Greffe.* — C'est à la physiologie et à la pathologie expérimentales que sont dues les notions exactes de la pathogénie du myxœdème et par suite les principes qui ont servi de base

à son traitement rationnel. En 1882, MM. Reverdin, d'un côté, et Rocher, de l'autre, ont démontré, par une série d'observations, qu'un certain nombre d'individus ayant subi l'extirpation du corps thyroïde présentaient un ensemble de symptômes morbides analogues à ceux que l'on constatait chez les myxœdémateux. Reverdin désigna cet état pathologique sous le nom de *Myxœdème opératoire* et Rocher sous celui de *Cachexie strumiprive*. Reverdin attribua, sans hésiter, ces troubles à la suppression des fonctions du corps thyroïde par suite de son ablation, et l'expérimentation physiologique faite postérieurement par divers savants confirma cette manière de voir. La thyroïdectomie expérimentale fut pratiquée par Schiff, sur des chiens, en 1884; par Horsley, sur le singe, en 1885, par Gley, sur les chiens, 1891-1892, par Moussu, sur le porc et plus récemment (1895) par Christiani sur les reptiles. Les expériences de ces divers expérimentateurs ont fourni des résulats concordants. Elles ont confirmé la théorie émise par Reverdin et démontré d'une façon péremptoire que le myxœdème, l'idiotie myxœdémateuse et la cachexie strumiprive constituaient trois variétés d'une même affection due à la suppression de la glande thyroïde et à l'abolition de ses fonctions dans l'organisme[1]. Quelle est la nature de ces fonctions? Elles viennent d'être discutées par le Dr Epelbaum dans sa thèse inaugurale, à laquelle nous faisons quelques emprunts. Schiff a démontré que si l'on n'enlève pas entièrement la glande thyroïde chez un animal et que si on en laisse subsister un morceau, ce morceau s'hypertrophie rapidement et la cachexie ne survient pas ; si d'autre part on introduit dans le péritoine d'un chien thyroïdectomisé une glande thyroïde provenant d'un autre chien, les accidents postopératoires n'apparaissent pas aussi longtemps que la glande transplantée n'a pas été résorbée.

En 1887 M. Bouchard a répété cette expérience : il enleva le corps thyroïde à 12 chiens et les inclut dans le péritoine d'un autre chien. Lorsqu'il supposa que la greffe avait eu le temps de se produire il enleva le corps thyroïde de ce chien et l'animal eut une survie de dix jours, alors que les 12 autres chiens étaient morts dans un délai de quatre à cinq jours. Des expé-

[1] Voir : Bourneville. *Archives de Neurologie*, 1896, n° 1, p. 1 ; — *Progrès méd.*, 1896, p. 66, travaux où sont rappelées un certain nombre d'indications bibliographiques.

riences faites sur la toxicité des tissus, du sang et de l'urine, par Gley, Lamori, Masoin, Ragowitz prouvent que la glande thyroïde semble agir en détruisant ou neutralisant les diverses substances toxiques, et que les phénomènes qui suivent la thyroïdectomie, sont dus à une auto-intoxication.

Ce sont ces faits qui ont inspiré à Horsley l'idée que si chez un homme auquel on avait dû pratiquer l'ablation du corps thyroïde, on greffait un fragment du corps thyroïde d'un animal, on empêcherait peut-être le développement de la cachexie strumiprive : c'est là le point de départ du traitement chirurgical du myxœdème. En 1887, une greffe fut pratiquée par Rocher, mais sans succès. En 1889, Bircher put constater une amélioration considérable chez un myxœdémateux auquel il fit l'opération. En 1890, Merklen présenta à la Société médicale des hôpitaux une malade à laquelle Walther avait pratiqué la greffe thyroïdienne sous-cutanée dans la région sous-mammaire avec un des lobes pris sur le mouton vivant, au moment même de l'opération. La réunion de la plaie se fit par première intention et les résultats furent très nettement favorables. La même année, Bettancourt et Serrano opéraient une femme qui ne paraissait pas avoir de glande thyroïde : ils introduisirent dans le tissu sous-cutané de la région mammaire, de chaque côté, la moitié d'une glande du corps thyroïde du mouton. Les suites de l'opération furent très simples et les résultats immédiats, ce qui autorise à penser qu'ils étaient dus à une simple absorption des sucs des corps thyroïdes et non à la réussite définitive de la greffe[1].

Depuis cette époque, l'implantation directe du corps thyroïde fut pratiquée plusieurs fois ; mais cette opération ne constitue pas un mode de traitement d'une application générale. On a été amené à le remplacer par les injections sous-cutanées de suc thyroïdien comme cela était logique d'après l'interprétation donnée du cas de Bettancourt et Serrano. On pouvait de cette manière espérer un succès plus définitif et plus durable.

Examinons d'abord de quel animal on doit faire choix pour recueillir les glandes thyroïdes qui serviront aux diverses préparations pharmaceutiques. On s'est adressé successivement au bœuf, au veau, au mouton, au cheval, au porc.

[1] Voir aussi : Lannelongue. *Sur la transplantation de la glande thyroïde*, etc. *Soc. de biologie*, 8 mars 1890.

D'après les expériences de Gley, l'extrait des glandes thyroïdes du mouton serait moins actif que celui des glandes du bœuf, mais tous les extraits sont actifs quelle que soit leur provenance, pourvu qu'ils soient bien préparés.

On donne aujourd'hui la préférence aux glandes thyroïdes du mouton bien qu'elles soient plus petites que celles du bœuf.

M. Permilleux, vétérinaire-inspecteur de l'abattoir de Grenelle, donne, pour justifier cette préférence, les raisons suivantes : chez le mouton la tuberculose est excessivement rare, pour ne pas dire douteuse, tandis que chez le bœuf il peut se trouver des tubercules ganglionnaires qui échappent aux recherches les plus minutieuses. De plus, suivant les pratiques en usage dans la boucherie, on sectionne la tête du mouton par une incision faite au niveau de la partie moyenne du larynx, puis on enlève un morceau de la trachée d'une longueur de 5 à 6 centimètres; c'est précisément dans cette partie que se trouve le corps thyroïde, on peut donc se le procurer sans déparer les morceaux de boucherie.

2° *Injections sous-cutanées de suc thyroïdien.* — Ce fut B. Murray qui fit les premières tentatives en 1891 ; voici comment il préparait le liquide injectable. Un lobe du corps thyroïde d'un mouton qu'on vient de tuer est débarrassé de tout tissu graisseux et conjonctif puis coupé en petits morceaux que l'on place dans un tube à essais : on y ajoute ensuite 1 centimètre cube de glycérine et 1 centimètre cube d'eau phéniquée à 0 gr. 50 p. 100. On bouche le tube avec un tampon de coton aseptique et on laisse en repos pendant vingt-quatre heures dans un endroit frais. Au bout de ce temps on exprime fortement dans un petit linge préalablement stérilisé par immersion dans l'eau bouillante et l'on obtient par expression et filtration environ 3 centimètres cubes de suc. Cette quantité, qui correspond à un lobe de corps thyroïde, sert pour deux injections. Cette méthode s'est depuis cette époque généralisée et a été perfectionnée par Gley, Bouchard, Chorrin et Bourneville en 1893 et depuis par d'autres expérimentateurs.

Gley a fait connaître le procédé suivant : la glande thyroïde est d'abord divisée avec des ciseaux, puis triturée dans un mortier avec une petite quantité de sable et d'eau salée; on exprime, puis on filtre le liquide ainsi obtenu. Pour cette dernière opération on peut se servir d'une bougie de porcelaine en suivant le procédé de d'Arsonval.

M. Gley a encore pratiqué la filtration avec une bougie de porcelaine; mais sous faible pression et même a tout simplement filtré sur du papier ou du coton de verre convenablement tassé. Le liquide obtenu dans ces derniers cas est beaucoup plus riche en matières albuminoïdes et cliniquement beaucoup plus actif que celui obtenu par filtration à travers une bougie de porcelaine sous forte pression. Toutes ces opérations doivent être faites d'une manière rigoureusement aseptique.

Aujourd'hui on prépare le plus souvent les extraits liquides en suivant la méthode de d'Arsonval qui utilise l'acide carbonique liquide comme moyen de stérilisation et de filtration sous pression; on opère sur un mélange à parties égales de glande, glycérine et eau salée. Les liquides ainsi préparés sont parfaitement aseptiques ; mais leur activité thérapeutique est, ainsi que l'a remarqué Gley et depuis d'autres expérimentateurs variable et inférieure à celle des extraits préparés par les autres méthodes de filtration aseptique. Le procédé qui donne les meilleurs résultats est le suivant qui m'a été communiqué par M. le Dr Roux.

Les corps thyroïdes doivent être enlevés sur l'animal le plus rapidement possible après qu'il a été sacrifié. Le prélèvement doit être fait d'une manière rigoureusement aseptique. Les lobes débarrassés de la graisse et du tissu conjonctif sont saisis avec une pince stérilisée et jetés dans une boîte en verre constituée par deux cristallisoirs dont le plus grand sert de couvercle et peut recouvrir entièrement l'autre : ces cristallisoirs ont été préalablement stérilisés à l'autoclave et tarés à la balance. Lorsqu'on a recueilli une quantité suffisante de corps thyroïdes, on les porte au laboratoire et on les pèse ; ce qui est facile puisque l'on a préalablement déterminé la tare des cristallisoirs. On divise alors avec des ciseaux stérilisés les corps thyroïdes sans les sortir du vase qui les contient puis on les arrose avec deux fois leur poids d'un mélange de 2 parties de glycérine pour 1 partie d'eau préalablement stérilisée et on laisse en contact pendant vingt-quatre heures dans un endroit frais. Au bout de ce temps on verse le mélange dans une petite allonge fermée par un tampon de coton et stérilisée ; on reçoit le liquide dans de petits tubes. L'extrait ainsi détenu est moins limpide que celui qui a été préparé d'après le procédé de d'Arsonval, mais il est infiniment plus actif et se conserve bien.

Le titre des extraits liquides obtenus par les divers procédés est variable ; et par suite la dose que l'on doit injecter ne peut être fixée d'une manière uniforme. En se conformant aux indications de M. le Dr Bra qui adopte comme moyenne des divers titres celui de un cinquième, on peut injecter 4 centimètres cubes par semaine ; mais cette dose peut être dépassée. Le praticien que nous citons dit que l'on doit diviser le traitement en deux périodes : dans la première, qui comporte le *traitement actif*, et dans laquelle on constate une amélioration progressive des symptômes, il convient de faire une injection de solution au cinquième tous les deux ou trois jours ; dans la seconde, que l'on peut appeler période de l'*amélioration stationnaire*, il suffit pour prévenir les récidives de faire une injection tous les huit ou quinze jours.

3° *Administration du corps thyroïde en nature.* — Les premières applications du traitement du myxœdème par le corps thyroïde ont été faites au moyen de la méthode hypodermique. Ce mode de traitement donne de bons résultats, mais il n'est pas sans présenter des inconvénients; il nécessite l'intervention continue du médecin ; peut provoquer des abcès si les liquides injectés ne sont pas parfaitement stérilisés ; en outre l'activité de ces liquides est variable suivant le mode de préparation et de stérilisation. Pour ces raisons on donne aujourd'hui généralement la préférence à l'administration par voie stomacale. De nombreuses observations publiées en Angleterre, Allemagne, Norvège, Danemark et en France montrent que ce mode d'administration donne des résultats aussi marqués que les injections hypodermiques et les malades l'acceptent plus facilement. On peut employer soit les corps thyroïdes en nature, soit diverses préparations pharmaceutiques.

Lorsqu'on veut employer le corps thyroïde en nature il est tout d'abord nécessaire de bien fixer l'unité thérapeutique. La glande thyroïde est une glande bilobée : l'unité thérapeuthique sera *un lobe*, c'est-à-dire une demi-glande. Ce point est important à bien établir pour éviter des confusions qui se sont déjà produites. Le poids d'un lobe varie de 1 gr. 05 à 1 gr. 20 ce qui fait pour la glande entière 2 gr. 10 à 2 gr. 40.

MM. Howitz et Ehlers conseillent de hacher les glandes après les avoir décortiquées et fait légèrement cuire; on les fait ensuite ingérer soit directement soit avec l'eau qui a servi à les faire cuire.

MM. Fox et Mackensie font macérer dans une petite quantité d'eau pendant une demi-heure la glande thyroïde coupée en petits morceaux : on exprime et l'on mélange avec du thé de bœuf le liquide ainsi obtenu. Au lieu de faire cuire dans l'eau le corps thyroïde, Fox conseille de le faire griller légèrement, pensant avec raison que cette cuisson superficielle altère moins les propriétés thérapeutiques que la coction.

On administre également le corps thyroïde finement haché absolument comme de la viande crue. C'est à ce mode d'administration que le Dr Marie donne la préférence, il présente d'après lui les avantages de la simplicité. Il évite les risques d'introduction dans le tissu sous-cutané des matières septiques qui peuvent toujours être contenues dans un extrait de glande quelque soigneusement préparé qu'il soit. Un autre avantage très appréciable, consiste dans le contrôle toujours facile soit de la fraîcheur, soit de la nature même de la glande (il est parfois arrivé de voir présenter comme corps thyroïde soit du thymus de mouton, soit même des ganglions lymphatiques.) Enfin, pour les mêmes motifs que M. Permilleux, M. Marie donne la préférence au corps thyroïde du mouton.

4° *Préparations pharmaceutiques du corps thyroïde.* — A côté des nombreux avantages que nous venons d'énumérer, l'administration du corps thyroïde frais et en nature présente quelques inconvénients. Il n'est pas toujours facile de se procurer en tout temps et en tous lieux des glandes fraîches, et de plus ce mode d'administration n'est pas toujours accepté facilement par le patient. C'est pour ces raisons qu'un certain nombre de préparations officinales ayant pour base le corps thyroïde ont été préparées tant en France qu'à l'étranger : nous allons les passer successivement en revue.

Poudre desséchée et pilules. — On peut après avoir recueilli les glandes thyroïdes, les avoir bien débarrassées de tous les tissus étrangers, les couper en petits fragments et les dessécher à une basse température de manière à éviter la cuisson. Mais la graisse assez abondante dans la glande communique à cette poudre une odeur assez désagréable. MM. Nielsen et Haslund, de Copenhague, administrent cette poudre sous forme de pilules qui en renferment chacune 5 centigrammes associés à de la poudre de cacao destinée à masquer l'odeur ; on en administre jusqu'à 8 par jour, ce qui correspondrait, d'après les auteurs, à environ un lobe de corps thyroïde. Cette

poudre desséchée peut également être introduite dans des tablettes ou incluse dans des capsules gélatineuses.

Extraits, glycériné ou aqueux. — Murray recommande de diviser le corps thyroïde en petits morceaux et de le faire macérer dans un poids égal de glycérine : on exprime, puis on filtre et l'extrait ainsi obtenu est administré par gouttes; la dose doit être quatre fois plus élevée que celle qu'on donne en injections hypodermiques.

M. Catillon conseille d'employer un extrait aqueux préparé avec l'eau distillée qui est ensuite évaporée à une basse température et en prenant toutes les précautions voulues ; cet extrait se présente avec la belle couleur rubis du sang frais, ce qui écarte toute idée d'altération.

Cette couleur ne subsiste pas dans la poudre qui est grise; de plus la matière grasse est éliminée. D'après M. Catillon, la glande fraîche fournit 20 p. 100 d'extrait, et 27 a 28 p. 100 de poudre sèche. Cet extrait peut être mis sous forme pilulaire ou introduit dans une tablette à la dose de 5 centigrammes. Ces deux formes pharmaceutiques représentent alors 25 centigrammes de glande fraîche. Il faudrait employer 7 centigrammes de poudre pour représenter cette même quantité de glande fraîche.

Davies a conseillé l'emploi d'un extrait sec que l'on peut réduire en poudre et qui représente 8 fois son propre poids de glande fraîche.

Les diverses préparations que nous venons d'indiquer nécessitent toujours que l'on soumette la glande thyroïde à certaines manipulations nécessitant l'emploi soit de la chaleur, soit de dissolvants. La forme capsulaire peut, jusqu'à un certain point, mettre à l'abri de toute cause d'altération et assure en outre la conservation très longue du produit. M. Ferdinand Vigier opère de la manière suivante : après avoir recueilli des corps thyroïdes il les débarrasse des corps étrangers qu'ils peuvent renfermer, tels que graisse, petits kystes, etc., dont la proportion atteint parfois 40 p. 100 du poids de la glande. Cette opération terminée, on pulpe le corps thyroïde et on le mélange avec du bi-borate de soude et de la poudre de charbon de manière à obtenir une masse sèche que l'on divise en capsules renfermant une quantité de 10 centigrammes de tissu thyroïde frais. D'après l'auteur, cette préparation n'ayant

pas subi l'action de la chaleur ne s'altère pas et conserve longtemps ses propriétés thérapeutiques.

Nous avons eu, M. Berlioz et moi, occasion de rechercher un mode de préparation pharmaceutique du corps thyroïde et voici celui auquel nous nous sommes arrêtés. Les glandes recueillies aussitôt que possible après la mort du mouton sont débarrassées de tous tissus étrangers puis immédiatement saupoudrées de poudre d'acide borique de façon à permettre de les transporter au laboratoire sans avoir à redouter d'altération. On les triture alors dans un mortier avec du sucre en morceaux et une nouvelle dose d'acide borique ; le sucre absorbe une grande partie du suc de la glande et l'on obtient un mélange à peu près exempt de liquide ; on le dessèche dans le vide à une température qui ne dépasse pas 30° puis on la divise en petites masses que l'on enrobe ensuite dans une couche de gélatine. Chacune des capsules ainsi obtenues correspond à 10 centigrammes de glande fraîche. Un kilogramme de glandes thyroïdes telles qu'on les reçoit de l'abattoir fournit en moyenne 300 grammes de pulpe débarrassée de tous tissus étrangers et ce poids se trouve réduit à 80 gr. 50 par dessiccation.

Chaque lobe de glande thyroïde pesant en moyenne 1 gr. 125 et fournissant environ 0 gr. 302 de poudre (soit 26,8 p. 100), il faut 3 de ces capsules pour représenter un lobe soit une unité thérapeutique.

Thyroéidine et *thyroprotéine*. — M. Wermerhen a désigné sous le nom de thyroïdine une substance amorphe qu'il croit être le principe actif de la glande thyroïde et qu'il extrait de la manière suivante : la pulpe thyroïdienne est laissée en contact pendant vingt-quatre heures avec le double de son poids de glycérine, on exprime et l'on filtre ensuite sur du coton hydrophile, on ajoute de l'alcool absolu en liquide filtré et l'on précipite la thyroéidine.

Notkine a retiré du corps thyroïde une substance à laquelle il a donné le nom de *thyroprotéide ;* cette substance serait, d'après l'auteur, la cause déterminante du myxœdème, en s'accumulant dans le sang. Le véritable produit de la glande serait un *ferment soluble* qui neutralise la thyroprotéide et la transforme en *thyroïdine*, produit de sécrétion utile ; cette neutralisation s'effectue dans la circulation générale.

RECUEIL DE FAITS.

INSTABILITÉ MENTALE, ALCOOLISME, CRISES HYSTÉRIFORMES, GUÉRISON;

Par MM. BOURNEVILLE et J. BOYER.

SOMMAIRE. — *Renseignements insuffisants sur la famille paternelle.— Mère migraineuse. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de cinq ans. — Émotion vive au septième mois de la grossesse avec perte de connaissance. — Parole complète, seulement à trois ans.— A dix ans, influenza, otite suppurée, trépanation. — A douze ans, modification du caractère, violents accès de colère. — Céphalalgies, vanité exagérée.— Excès de boisson. — Crises hystériformes fréquentes. — Description du malade à treize ans. — Traitement médico-pédagogique. — Disparition des crises et de l'irritabilité nerveuse. — Amélioration progressive de l'état moral. — Guérison.*

Camille C..., né à Paris en 1880, est entré à l'Institut médico-pédagogique le 9 avril 1893.

Antécédents (*Renseignements fournis par le père et la mère, en mai* 1893). — *Père*, quarante ans, bien portant, grand et fort, marchand de vins en gros. Aucun renseignement précis sur la famille du père. Il n'y aurait dans sa famille, ni aliénés, ni nerveux, ni apoplectiques, ni paralytiques, ni difformes.

Mère. — Trente-cinq ans, bien portante, grande, forte, lymphatique, grosse, pas de convulsions de l'enfance, *nerveuse*, facile à contrarier. *Migraines* accompagnées de vomissements avant ou après les règles. Etourdissements, troubles de la vue, « je vois double, comme du brouillard, quelquefois des flammes, un jour ou deux avant mes époques ». Pas d'attaques de nerfs. Pertes de connaissance de treize à quatorze ans. Réglée à douze ans et demi. — [*Famille de la mère. — Père*, bien portant, cultivateur, sobre. — *Mère*, douleurs dans les jambes, pas de migraines. Aucun cas de démence ou de paralysie.] — Pas de consanguinité; inégalité d'âge de cinq ans.

Deux *enfants :* 1° notre malade; 2° garçon de quatre ans, bien venant, pas de convulsions, intelligent.

Notre malade. — Conception au dix-huitième mois du mariage;

entente complète, pas de chagrins. — *Grossesse*, assez bonne, ni chute, ni coups; émotion au septième mois : la mère a eu une discussion avec une femme qui l'avait insultée; *syncope* consécutive de quinze minutes, puis, douleurs abdominales qui ont fait croire que l'accouchement allait avoir lieu. — *Accouchement* à terme, naturel, sans chloroforme, assez long, les grandes douleurs ont duré douze heures. — A la *naissance*, pas d'asphyxie, bel enfant; à un mois, il pesait 9 kilogrammes. — Elevé au sein par sa mère, sevré à quatorze mois, marche à treize mois, parole de bonne heure, mais n'a bien marché qu'à trois ans, propre à six mois, première dent à quatre mois, dentition complète à dix-huit mois. Rougeole à trois ans; scarlatine peu après. Pas de variole; pas d'angine, cependant très « susceptible » de la gorge; le Dr Reynier aurait conseillé la section des amygdales. Pas de dartres, ni de toux.

L'enfant a été placé dès l'âge de sept ans dans une école publique de la Creuse. A neuf ans il a été à une école primaire de Paris. On en était très content. A eu son certificat d'études à douze ans (1892).

En janvier 1890, influenza. En septembre, refroidissement, *otite suppurée* à gauche; *trépané* deux fois par M. Menière en novembre 1890 et en décembre 1892.

Début de la maladie actuelle en décembre 1892. L'enfant avait toujours eu un caractrèe diffice, hautain et désobéissant. A cette époque, il devient violent et emporté, n'en fait qu'à sa tête, se moque de sa mère, la menace. Depuis le mois de janvier 1893, *accès de colère* à la moindre contrariété : frappe du pied, renverse les chaises. Il veut une bicyclette, son père refuse, il se sauve et va en louer une.

En février, *première crise nerveuse* : l'enfant était en train de déjeuner, il s'est trouvé mal, sans motif, sans contrariété, il est tombé de sa chaise, son corps était « mou », il a repris connaissance au bout de dix minutes, il a pleuré abondamment en revenant à lui. Trois jours après, deuxième crise, même aspect, on venait de lui reprocher sa mauvaise tenue à table. Depuis, crises fréquentes, sans perte de connaissance, ce sont plutôt des accès de colère : il se roule par terre, se cogne la tête, se tire les cheveux; cela lui arrive tous les jours; c'est toujours après une contrariété. Depuis le mois de février, *céphalalgies;* pas de vertiges, parfois, face un peu congestionnée.

Idées de grandeur, ne veut pas travailler : « Je ne suis pas né pour cela, » ne cesse-t-il de répéter. Il ne veut même pas débarrasser la table, après les repas. *Onanisme* depuis l'âge de cinq ou six ans.

Les parents ne savent à quoi attribuer la maladie, ils s'accusent l'un et l'autre de l'avoir trop gâté. Ils pensent qu'il a dû boire en

cachette dans le débit de vins qu'ils tiennent. Du reste l'enfant nous l'a avoué lui-même plus tard. « Le matin surtout, et quelquefois dans la journée, nous a-t-il dit, quand j'avais soif, je prenais au comptoir de ma mère un bon verre de vin blanc, et comme il me fallait entamer une bouteille, je la vidais pour que mes parents ne s'en aperçoivent pas. » Une fois, en dînant chez des amis, il s'est grisé avec du cidre, il se roulait par terre et ne voulait pas se coucher. — Aucun enfant de la famille ne lui ressemble.

État du malade à son entrée le 9 avril 1893 à l'Institut médico-pédagogique. — a) *État physique.* — Physionomie intelligente et malicieuse; les yeux sont vifs, mais jamais complètement ouverts, paupières en accent circonflexe; lorsque l'enfant rit aux éclats, ce qui lui arrive souvent, les yeux sont presque entièrement fermés. L'œil gauche est plus fermé que le droit. L'enfant a subi une opération dans l'œil gauche parce qu'il *louchait*. L'iris est marron foncé. Les cils sont noirs et courts, les sourcils clairsemés et blonds avec une forte solution de continuité; les cheveux châtain clair, abondants, assez fins. Peau satinée, teint mat; visage rond, joues pleines, légèrement rosées. Léger affaissement dans l'habitude générale du corps. La tête est un peu rejetée en arrière, le tronc arqué, les bras pendants, les jambes molles. *Légère palmature* entre les deuxième et troisième orteils des deux pieds. Pieds creux. A la main gauche, cicatrice consécutive probablement à un abcès scrofuleux. Poitrine et tronc bien conformés. Cicatrice en dehors de l'olécrâne gauche, cicatrice de vésicatoire sur la partie moyenne du bras gauche. Derrière l'oreille gauche, cicatrice se terminant en infundibulum. La peau est fine, sensible aux contusions. Les oreilles sont bien faites, la gauche coule toujours.

Puberté : visage glabre ainsi que les aisselles, le tronc et les membres. Rien au pénil ni aux bourses qui sont pendantes, plus à gauche qu'à droite. Testicules égaux de la grosseur d'une noix moyenne. Tendance au varicocèle à gauche. Prépuce un peu long. Méat normal un peu dirigé en bas, légère adhérence à la base du gland en haut.

b) *État physiologique.* — Un peu apathique, se fatigue vite, aime à changer d'occupation, est capable de montrer de l'activité, mais pour un moment seulement. Quand il marche, il fléchit sur ses jambes, et prend le bras de la personne qui l'accompagne. — Très irritable, un rien l'agace et l'énerve. — Parle haut et fort, bavarde sans cesse. — Très sensible au froid. — Pas de mouvements spasmodiques. — Les mouvements volontaires s'accomplissent normalement. — Les organes des *sens* ne présentent rien de particulier, sinon la vue qui est faible ; myopie accentuée. — Fonctions respiratoires, circulatoires et digestives, rien de particulier. Tendance à la constipation. — Sommeil bon; pas de cauchemars.

c) *Etat psychologique.* — L'intelligence paraît être normalement développée. L'attention et la réflexion sont possibles. L'enfant arrive à résoudre des problèmes assez compliqués. Dans sa conversation, on sent qu'il raisonne assez bien pour son âge, ne dit jamais de naïvetés et fait preuve souvent de beaucoup de logique dans ses déductions. A l'entendre causer on constate qu'il a lu beaucoup de romans-feuilletons, a fréquenté le théâtre, aimait les drames, nous dit-il. — Se fait une idée juste de ce qui l'environne, a du reste une instruction élémentaire convenable. Pêche plus par étourderie que par ignorance. — Imagination peu vive. — Préfère le calcul à toute autre occupation scolaire. — En résumé, au point de vue du développement intellectuel, l'enfant a les apparences d'un enfant normal.

d) *Etat instinctif et moral.* — Camille a l'instinct de la conservation personnelle très développé. Peureux, n'irait pas seul dans un appartement, même dans la journée, et cependant si l'on n'y veillait, se livrerait à toutes sortes d'exercices dangereux. — Peu d'ordre dans ses affaires, il faut lui dire à chaque instant de ranger ce dont il vient de se servir. — Aime à dire que telle ou telle chose lui appartient, n'est pas égoïste. — Foncièrement indépendant et indiscipliné. Ne fera telle ou telle chose que parce qu'elle lui a été défendue. Si on lui résiste, se met à crier, à frapper du pied et à se rouler par terre, affecte de ne pas faire comme les autres, mauvaise tenue en classe, à table où il se couche à moitié près de son assiette. Siffle continuellement. — Très vaniteux, dans les discussions tranche en maître. Sait et connaît tout. Très fat. — N'a de respect pour qui que ce soit. Il faut prendre beaucoup de ménagements pour lui parler. — Aime qu'on s'occupe de lui. Sentiments affectifs exagérés; souvent importun par ses câlineries qu'il prodigue à la personne dont il veut obtenir quelque chose. — Très osé, se rend vite familier. — Paraît avoir la notion du bien et du mal, il lui arrive de morigéner ses camarades. — Volonté active et énergique; quand on veut la contrecarrer, crises de colère. — Aime la société. — Tendance à l'onanisme. Yeux cernés au réveil. Instinct génésique précocement développé.

Traitement. — Bain d'un quart d'heure tous les huit jours, douche complète en jet en éventail (30″) tous les jours, gymnastique et travaux manuels, travail intellectuel à heure fixe, traitement moral. — Injections auriculaires à l'eau boriquée tiède.

1893. *Avril.* — Le jour de son entrée à l'Institut médico-pédagogique, Camille C... a eu une violente *crise de colère* accompagnée de mouvements convulsifs. Ses parents durent le quitter à l'improviste. Dès qu'il s'en aperçoit, Camille se met à pousser de véritables hurlements : il se jette à terre en donnant des coups de pied et des coups de poing. On ne peut l'approcher. Par moments son

corps se raidit et paraît agité de mouvements convulsifs. Il ne s'arrête pas de crier. Grossièretés obscènes à l'adresse des personnes qui sont près de lui.

Nous faisons semblant de ne pas nous occuper de lui, nous le plaçons sur une pelouse et nous nous éloignons en le surveillant. Pendant une heure et quart, Camille C... n'a cessé de crier, de pleurer et de se rouler en projetant les pieds et les poings de tous côtés. La face est congestionnée, les oreilles sont pourpres. Il ne s'arrêta que lorsque ses forces furent à bout. Il resta un quart d'heure immobile, il paraissait essoufflé. Nous nous approchâmes de lui en l'invitant à se lever, il nous écouta, se leva et nous suivit. Il resta une heure sans paraître faire attention à ce que nous lui disions. Il se mit à table, mangea modérément. La nuit fut bonne, le lendemain il était habitué à son nouveau genre de vie. Il fut aussitôt soumis à un travail régulier.

Mai. — Même traitement. Nous constatons déjà une sérieuse amélioration. Camille travaille à heure fixe, il s'occupe au jardinage et à des travaux de terrassement. Il a fallu insister beaucoup pour l'entraîner. S'y est mis au bout de deux semaines. Se rend utile. Fait lire de petits camarades plus jeunes que lui. A eu cependant une petite crise de colère le 17, parce qu'on ne voulait pas lui prêter un outil dangereux. Camille a frappé du pied, crié et pleuré, mais comme on ne fit pas attention à lui, il s'est calmé lui-même, et est venu faire des excuses. Durée vingt minutes. — Le 21 mai, l'enfant va passer chez lui les fêtes de la Pentecôte. Il rentre sans difficulté le 24. Ses parents sont très heureux de l'amélioration obtenue. — Durant ce mois, l'écoulement de l'oreille gauche a persisté, mais les douleurs que l'enfant éprouvait paraissent avoir disparu.

Juin. — Même traitement : les injections auriculaires à l'eau boriquée, sont remplacées par des injections d'une solution de sublimé. — Le mois de juin a été bon. Une crise de colère le 15, qui n'a pas duré cinq minutes. — L'amélioration s'est accentuée. L'enfant est docile aux ordres qu'on lui donne. Sa tenue est moins négligée. A table ne s'accoude plus. *Ne fait rien sans demander la permission.* Fait preuve de persévérance dans son travail. Ne laisse plus un travail inachevé. Beaucoup plus sociable, joue sans disputer avec des camarades plus jeunes que lui. L'enfant ne paraît plus avoir de migraine. L'écoulement de l'oreille gauche est beaucoup moins abondant.

Juillet. — Même traitement. L'enfant est de plus en plus tranquille. — Au 14 juillet, ses parents le font sortir une seconde fois. Ils en sont tellement contents qu'ils décident, un peu prématurément peut-être, de le reprendre à la fin du mois.

Nous avons eu l'occasion de revoir Camille C... à trois reprises

différentes depuis son départ de l'*Institut médico-pédagogique*. Toutes les fois les parents nous en ont fait des éloges. En nous quittant il a été passer deux mois à la campagne et, en octobre 1893, il est entré comme interne au collège de Sens, où il est encore en ce moment. Il est en quatrième moderne, et dans une classe de vingt-quatre élèves il occupe le huitième rang. Nous avons pu lire ses bulletins trimestriels, ils fournissent tous sur le travail de Camille de bonnes notes, et ne se plaignent en rien de sa conduite (janvier 1896).

Les accidents observés chez cet enfant consistaient beaucoup plus en troubles moraux, qu'en troubles intellectuels. L'irritabilité croissante du caractère, les accès de colère et les crises nerveuses nous paraissent devoir être rattachés à l'alcoolisme. Grâce à l'isolement qui a supprimé les excès de boissons, à l'hydrothérapie et au traitement moral, nous avons obtenu une assez prompte guérison. Deux ans et demi se sont écoulés depuis, et il n'y a pas eu de rechute.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

I. Sur les lésions microscopiques caractéristiques qui s'observent dans le cerveau des aliénés; démonstration pratique; par T.-S. Clouston, James Middlemass et W.-F. Robertson. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Il s'agit ici d'une démonstration pratique, faite à l'Association médico-psychologique au moyen de préparations microscopiques; ces préparations ont trait : 1° *anatomiquement* : à la dure-mère, à la pie-mère et à l'arachnoïde, aux vaisseaux sanguins, à la névroglie, aux cellules nerveuses, aux fibres nerveuses; 2° *cliniquement*, à la paralysie générale, à la folie alcoolique, à l'idiotie épileptique, à la folie sénile, à la manie aiguë (puerpérale), à la manie chronique, à la folie avec hallucination de l'ouïe, à la démence secondaire, à la mélancolie viscérale.

Les préparations histologiques présentées étaient au nombre de soixante-trois. R. M. C.

II. Un cas de porencéphalie; par Conolly Norman et Alec. Fraser (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Nous regrettons vivement de ne pouvoir rendre compte comme il conviendrait de cette remarquable observation. La partie clinique est un peu courte et un peu insuffisante, ce qui tient surtout à ce que le diagnostic exact n'a pas été fait pendant la vie. En revanche la partie anatomique est traitée avec beaucoup de soin et de détail par M. Fraser. Malheureusement pour nous, qui ne pouvons reproduire ici les planches, le travail de M. Fraser renvoie presque à chaque paragraphe à des planches qui ne comprennent pas moins de vingt-cinq figures; ces planches éclaircissent admirablement la lecture du texte; mais leur absence l'obscurcirait à peu près complètement; nous préférons renvoyer le lecteur que ce sujet intéresse au texte même du recueil anglais et aux belles planches qui l'accompagnent : il ne regrettera ni son temps ni sa peine. R. M. C.

III. Sur les éléments constitutifs normaux d'une circonvolution et sur les effets de la stimulation et de la fatigue sur la cellule nerveuse : démonstration pratique ; par J. Batty-Tuke. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Il s'agit ici d'une démonstration pratique, faite devant l'Association médico-psychologique, à l'aide de préparations histologiques et de projections lumineuses, et ayant surtout pour objet de démontrer la très grande valeur de la méthode de Golgi dans l'élucidation des importantes relations anatomiques qui existent dans le cerveau de cellule à cellule et de région à région. R. M. C.

IV. Dualité de l'action cérébrale; par Samuel-B. Lyon. (*The New-York Medical Journal*, 27 juillet 1895.)

Le cerveau est-il un organe physiologiquement dysymétrique, dont une moitié ne prend aucune part à la formation des idées, des émotions et des actions intentionnelles, ou bien ses deux moitiés agissent-elles à l'unisson, en vue d'un but unique, c'est là une question qui n'est pas encore résolue, et sur laquelle les auteurs les plus compétents ne sont pas d'accord. On rencontre, chez les aliénés, des cas où s'observent deux caractères différents et même si diamétralement opposés que l'on a peine à croire qu'on est en présence d'un seul et même individu. Dans le *Brain*, le Dr Lewis-C. Bruce a publié un cas intéressant de dualité de l'action cérébrale. — Son malade présentait un cas de double conscience, et dans sa condition seconde il n'avait aucun souvenir de sa condition première : dans l'une de ces conditions, il était droitier, dans

l'autre il était gaucher; dans l'une il parlait anglais, dans l'autre il se servait imparfaitement de la langue du pays de Galles. Dans le premier état, qui était le plus normal, son pouls était fort et plein; dans le second, il était faible, avec tension artérielle basse. Le Dr Bruce tire de ce fait des conclusions favorables à la dualité de l'action cérébrale.

La possibilité d'une action indépendante des deux hémisphères n'est d'ailleurs pas une idée nouvelle : elle a été soutenue d'une manière intéressante par Luys dans une série d'articles de l'*Encéphale* en 1888.

Déjà, en 1864, Follet, à l'asile de Quimper, était arrivé à la conclusion que, chez les épileptiques tout au moins, il y avait inégalité de poids entre les deux hémisphères cérébraux; Jaffa a fait aussi des recherches dans cette direction, et il a publié la très intéressante observation d'un malade qui se croyait *double* et chez lequel on trouva, à l'autopsie, une inégalité marquée des deux hémisphères.

Si l'on recherche sur quelles preuves cette théorie du dédoublement de l'activité cérébrale peut être établie, on trouve tout d'abord ce fait remarquable que l'écart normal de poids entre les deux lobes cérébraux, dont le maximum habituel est de 5 ou 6 grammes, de 7 au plus, au bénéfice du lobe gauche, est absolument inverse dans les cerveaux d'aliénés; ce simple fait révèle une rupture de l'équilibre entre les activités dynamiques que chacun des deux lobes est capable d'exercer. Ajoutons que la différence de poids chez les aliénés peut aller de 18 à 40 grammes.

« Ces conclusions inattendues, dit l'auteur, si d'autres recherches viennent les confirmer, nous conduiront à penser que dans le processus morbide de l'aliénation mentale, les actes nutritifs sont dirigés en sens inverse de leur direction chez l'homme sain, et cela au profit de l'hémisphère droit; celui-ci... en se développant isolément devient l'instrument de la folie. »

Nous résumons ici l'observation publiée par l'auteur :

Mlle X..., vingt-trois ans, entre à l'asile pour son troisième accès de folie ; le premier remonte à quatre ans et a duré trois mois; le second, de même durée, remonte à deux ans et l'accès actuel dure depuis quatre mois. Depuis six mois l'aménorrhée est complète. La crise actuelle a débuté par des actes bizarres, de l'incohérence du langage et de l'excitation bruyante. La malade a des aliénés dans sa famille. Normalement, ses allures sont modestes, son intelligence au moins moyenne, son éducation au-dessus de la moyenne. L'excitation a augmenté allant jusqu'à la violence dans les actes : elle tient des propos orduriers; elle insulte ceux qui l'entourent; elle chante, elle frappe et elle mord, le tout en paraissant conserver une excellente humeur. Au moment même où elle accomplit des actes bruyants ou violents, elle reconnaît qu'elle est

très méchante, mais se glorifie de l'être, et déclare que ce qu'elle a fait de mieux depuis son entrée a été de mordre une autre malade. Il faut cinq infirmières pour l'habiller ou la déshabiller, et elle ne perd pas une occasion de frapper ou de mordre. A certains moments elle parle raisonnablement : ses parents étant venus la voir, elle se montre aimable avec eux, puis au moment de leur départ, elle crache sur eux. Elle dit qu'elle regrette d'être méchante, mais qu'elle ne peut pas faire autrement; elle promet cependant d'essayer de se contraindre; ce qui ne l'empêche d'ailleurs ni de mordre, ni de pincer son infirmière jusqu'au sang, ni de lui donner des coups de pied. Elle sait tout ce que l'on dit d'elle, observe très bien, et possède une excellente mémoire. Elle dit à son père qu'elle sait bien qu'elle est une malade très difficile; elle se loue des infirmières et prie son père de leur apporter des cadeaux. Au moment même où elle tient ce langage à son père, il ne faut pas, pour la maintenir, moins de deux infirmières, qu'elle s'efforce à tout instant de mordre ou de frapper à coups de pied. Elle paraît honteuse des actes qu'elle commet, mais elle persiste dans ses efforts pour nuire, et est incapable — elle le proclame d'ailleurs — de résister à ses impulsions méchantes. Sa conversation est raisonnable, et même intéressante.

Ainsi voilà une jeune fille naturellement aimable, douce, d'éducation raffinée, de tendances presque religieuses, qui durant une attaque d'aliénation mentale a une tendance irrésistible à commettre des actes qui contrastent énergiquement avec sa nature; et au moment même où elle accomplit ces actes, où elle s'y abandonne sans réserve, elle en est profondément honteuse, elle les déplore et s'en excuse avec une sincérité qui paraît complète. Le cas est doublement intéressant, d'abord au point de vue de la dualité de l'action cérébrale; ensuite parce que, à la suite d'une ovariotomie, pratiquée cinq ans plus tard, elle est demeurée indemne de tout désordre mental : cette immunité dure déjà depuis deux ans, alors que durant les neuf années précédentes, elle n'a pas eu moins de cinq attaques d'aliénation mentale, ces attaques devenant chaque fois plus prolongées tandis que les intervalles lucides devenaient au contraire plus courts.

En dehors de la théorie qui admet la dualité de l'action cérébrale, il faut reconnaître que les discordances mentales dont cette jeune fille est un intéressant exemple, sont bien difficiles à expliquer.

R. DE MUSGRAVE-CLAY.

V. DEUX ABCÈS DU CERVEAU, CAUSÉS PAR UNE EMBOLIE SEPTIQUE CONSÉCUTIVE A UNE PLAIE PAR ARME A FEU DU POUMON, DATANT DE TRENTE-DEUX ANS ; par J.-T. ESKRIDGE et CLAYTON PARKHILL. (*The New-York Medical Journal*, 10 août 1895.)

Le malade dont il s'agit, avait cinquante-deux ans ; il y a trente

ans, pendant la guerre de la Sécession, il fut blessé par une balle de carabine Minié : le projectile fractura la septième côte gauche et se logea dans le lobe inférieur du poumon droit : il ne put être extrait, et bientôt le malade présenta des symptômes pulmonaires dont les plus importants furent des hémoptysies répétées et fréquentes. Cependant sa santé lui permettait d'occuper des fonctions importantes dans l'administration d'une affaire industrielle. Le 16 février 1895, vers le soir, sans cause appréciable, les muscles du côté gauche de la face et du pharynx présentèrent des contractions cloniques répétées et d'une durée de deux à trois minutes. La portion frontale du muscle occipito-frontal se contractait des deux côtés, mais surtout à gauche. Le clignement de l'œil gauche était constant, et tous les muscles du côté gauche de la face étaient assez énergiquement contractés ; il y avait en même temps une contraction des muscles du pharynx donnant lieu à du gargouillement pharyngé ; les muscles du larynx participaient plus légèrement à cet état convulsif. Le côté droit de la face demeurait presque complètement indemne. La déglutition, pendant les paroxysmes, était très difficile. Le malade demeurait absolument conscient. Interrogé pour savoir s'il souffrait, il indiquait la région antérieure droite de la tête et répondait : « Oui. » Après la crise, les muscles du côté gauche de la face demeuraient légèrement contractés, et la face elle-même était un peu tirée vers la gauche. Les rémissions duraient de dix à quinze minutes. Le clignement incessant empêchait d'examiner le fond de l'œil ; tous les réflexes paraissaient normaux, et aucun autre muscle que ceux du côté gauche de la face, ceux du pharynx, et — beaucoup plus légèrement — ceux du larynx, n'était atteint.

L'auteur pensa que le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre une embolie et une thrombose, l'âge du malade et l'absence de tout souffle cardiaque devant toutefois faire pencher la balance en faveur de la thrombose ; s'il avait connu alors la nature de la lésion pulmonaire, il aurait au contraire adopté le diagnostic d'embolie infectieuse. Le lendemain, les crises convulsives avaient disparu, mais les muscles qui en avaient été le siège étaient en état de parésie, et la langue était légèrement déviée à gauche. La déglutition était difficile, provoquait la toux, et était suivie de régurgitation par les voies nasales.

Il n'y avait pas d'aphasie, mais les troubles musculaires rendaient l'articulation de la parole un peu indistincte. Pendant trois ou quatre jours le malade fut assez bien, mais continua à se plaindre de céphalalgie.

Le 21 février, on note une paralysie presque complète des muscles du côté gauche de la face, une déviation nette de la langue à gauche, un léger ptosis à gauche et une grande difficulté de la déglutition. L'intelligence est lucide, mais déprimée : le malade

répond correctement aux questions, mais avec une lenteur intellectuelle qui est loin de lui être habituelle. — Rectifiant alors son diagnostic, l'auteur, mieux informé, est d'avis qu'une embolie infectieuse partie d'une des veines pulmonaires a pénétré dans l'une des branches de la cérébrale moyenne droite, et qu'il y a lieu de craindre un abcès du cerveau.

Le 27, la paralysie du côté gauche de la face est complète, la prostration est très grande, la constipation est rebelle. — L'activité intellectuelle est ralentie et très émoussée. — Du 5 au 7 mars tous les symptômes s'aggravent et la paralysie s'étend au bras gauche où elle devient vite complète. Du 8 au 11, la paralysie se généralise, et une opération est décidée, mais ne peut être pratiquée que le 13 ; à cette date, le malade entre dans le coma, et l'avis unanime des médecins réunis est que, à moins d'une prompte intervention, le malade ne peut pas vivre au delà de vingt-quatre heures.

L'opération est pratiquée par le Dr Parkhill, le Dr Eskridge ayant préalablement délimité sur le crâne le point où devra être appliquée la couronne de trépan, point qu'il a fixé à peu près à égale distance de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando et de la branche horizontale de la scissure de Sylvius. A un pouce et demi de profondeur dans la substance cérébrale, un trocart explorateur rencontra une résistance considérable ; on était évidemment sur la paroi de l'abcès, et, en effet, cette résistance vaincue, on vit immédiatement sortir une once ou une once et demie de pus. La plaie fut fermée selon la méthode ordinaire.

L'auteur entre ensuite dans le détail des symptômes constatés après l'opération. Il y eut d'abord une amélioration ; mais bientôt le malade retomba dans la prostration, et alla s'affaiblissant ; il fallut recourir à l'alimentation artificielle, et le 17 mars le malade succomba. Nous résumons ici le résultat de l'autopsie, seulement en ce qui touche le cerveau : dans le lobe frontal de l'hémisphère droit, on trouve un abcès enveloppé d'une capsule résistante ayant détruit et remplaçant presque toute la substance blanche des deux tiers antérieurs et inférieurs de ce lobe. Cet abcès s'étendait en arrière jusqu'à environ 1/8 de pouce du bord antérieur du ventricule latéral de la cavité duquel il était séparé à la fois par sa membrane d'enveloppe et par l'effacement dû à des adhérences du tiers antérieur de la cavité ventriculaire. Cet abcès n'intéressait pas directement la région motrice ; le pus était de couleur brun verdâtre sale, épais, et très fétide ; il y en avait environ trois onces. Un second abcès, plus petit que le premier, également enkysté, fut trouvé dans la substance blanche, immédiatement au-dessous de la portion inférieure des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes et des parties qui avoisinent l'extrémité inférieure du sillon de Rolando (troisième frontale). Son enveloppe

que le trocart du chirurgien avait percée pendant l'opération était moins résistante que celle du grand abcès. Les deux abcès ne communiquaient pas : autour d'eux le tissu cérébral était un peu ramolli.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'origine, le diagnostic, la localisation des abcès du cerveau ; il pense que dans quelques cas, il ne serait pas impossible, avec du soin et de l'attention, de diagnostiquer un double abcès du cerveau, tel que celui qui fait l'objet de cette observation. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

VI. LES ALTÉRATIONS MORBIDES DU SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL CHEZ LES ALIÉNÉS AGÉS; par Alfred-W. CAMPBELL. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Durant ces dernières années, les altérations subies par le système nerveux des vieillards ont été l'objet de travaux assez nombreux, mais elles n'ont guère été étudiées au point de vue spécial de l'aliénation mentale : c'est le point particulier que l'auteur se propose d'étudier.

Altérations macroscopiques de l'encéphale. — Les adhérences de la dure-mère et de la voûte cranienne sont fréquentes. Les hématomes situés au-dessous de la dure-mère, que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de pachyméningite hémorragique interne, qui sont si fréquents dans la paralysie générale, ne sont pas rares dans la folie sénile. La quantité du liquide que l'on rencontre sous la dure-mère est invariablement augmentée. L'arachnoïde est généralement opaque et les corpuscules de Pacchioni sont hypertrophiés. La pie-mère est ordinairement épaissie; elle est ordinairement facile à détacher, mais quelquefois elle entraîne avec elle du tissu cérébral, comme cela arrive dans la paralysie générale.

Tous les cerveaux séniles d'aliénés que l'auteur a examinés présentaient une atrophie plus ou moins marquée et une diminution de poids plus ou moins considérable. La surface cérébrale est généralement ferme : sur une section, l'écorce est de nuance foncée, et sa striation manque de netteté. La substance blanche participe à l'atrophie superficielle; elle est de consistance ferme. On y remarque quelquefois de petits îlots brunâtres de sclérose, restes de la résolution d'hémorragies périvasculaires. L'état criblé décrit par Durand-Fardel est commun chez les athéromateux. Les espaces périvasculaires, en plusieurs points, sont ordinairement dilatés, et sont fréquemment le siège d'hémorragies miliaires dues à l'altération des vaisseaux : les points où ces hémorragies se rencontrent le plus souvent sont, par ordre de fréquence : le segment extérieur du noyau lenticulaire, les deux autres segments de ce même noyau, puis le noyau caudé, et enfin la couche optique. Les ventricules sont toujours considérablement dilatés et

contiennent un excès de liquide. L'épendyme ventriculaire est ordinairement épaissi mais non granuleux. Les plexus choroïdes sont communément vésiculeux, et la glande pinéale a un aspect sablé. Le corps pituitaire est souvent atrophié surtout dans sa moitié supérieure. Enfin, l'état athéromateux du cerveau des vieillards détermine fréquemment des thromboses et des embolies, avec ramollissement consécutif.

Altérations microscopiques de l'encéphale. — Une section de l'écorce cérébrale révèle un épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde ; à la surface corticale, on rencontre souvent des corpuscules dits amyloïdes. La profondeur de la première couche cellulaire corticale est ordinairement diminuée, et la présence dans cette couche de nombreuses cellules étoilées, est, comme l'a montré Bevan Lewis, presque caractéristique de la folie sénile. Des cellules étoilées plus petites se rencontrent souvent dans la substance blanche. Tous les degrés de dégénérescence de la cellule nerveuse peuvent se rencontrer dans les cerveaux des vieux aliénés ; il est commun aussi de trouver une augmentation des noyaux péricellulaires et des noyaux de la névroglie; mais l'altération la plus frappante et la plus constante dans ces cerveaux séniles, celle qui atteint toutes les cellules, quelle que soit leur taille, c'est la dégénérescence pigmentaire. — Les éléments constitutifs des vaisseaux cérébraux de l'écorce ne se dégagent pas nettement, et leurs espaces périvasculaires sont ordinairement dilatés, ce qui donne naissance à l'état criblé déjà indiqué.

Altérations de la moelle épinière. — Presque invariablement on constate un amoindrissement du diamètre de la moelle et une diminution de son poids. Les membranes sont épaissies et se détachent plus facilement qu'à l'âge adulte. La quantité du liquide cérébro-spinal est accrue. — Histologiquement, sur une coupe transversale traitée par la méthode de Marchi, on remarque, disséminées dans la substance blanche, des fibres nerveuses en état de dégénérescence, que l'acide osmique colore en noir. Ces fibres dégénérées sont visibles, en plus petit nombre, dans les racines, soit antérieures, soit postérieures : on trouve même dans ces racines des îlots absolument dépourvus de fibres nerveuses normales. La pigmentation exagérée des cellules ganglionnaires, situées dans les cornes antérieures et postérieures, et dans les colonnes vésiculaires de Clarke, est un caractère constant. La dégénérescence de ces cellules est loin d'être aussi fréquente qu'on serait tenté de le supposer. On constate ordinairement une hyperplasie du tissu connectif, aboutissant à la destruction par compression, d'un grand nombre de fibres longitudinales. Les vaisseaux sanguins présentent également des particularités intéressantes. Dans toute la substance blanche, mais surtout dans les régions qui sont le siège d'une sclérose par compression, leurs parois sont

épaissies : dans la substance grise, il en est de même, et on note en outre la dilatation des espaces périvasculaires. Il faut signaler encore l'abondance des corpuscules amyloïdes surtout au niveau du sillon antérieur, ainsi que l'hypertrophie de l'épendyme du canal central.

Altérations des nerfs périphériques. — Quel que soit celui des nerfs périphériques d'un aliéné âgé que l'on soumet à l'examen, on est certain d'y constater des modifications importantes. Sur une coupe transversale colorée par la méthode de Marchi, on constate que quelques-unes des fibres subissent une dégénérescence parenchymateuse aiguë; mais ce qui frappe le plus vivement l'observateur, c'est la diminution considérable du nombre des grands cylindres nerveux sains. Cette diminution est, en général, à peu près égale dans les divers faisceaux constitutifs du nerf, mais il arrive quelquefois qu'elle est notablement plus accusée dans quelques-uns d'entre eux. Les espaces laissés vides par la disparition de ces fibres sont remplis de substance et de débris fibro-cellulaires, et en outre — c'est là un fait intéressant que l'auteur a maintes fois constaté — de fibres nerveuses très menues, qui, tout en possédant un cylindraxe très net, n'ont qu'une gaine de Schwann très mince et très délicate. D'autre part, les altérations interstitielles ne sont pas rares : le périnèvre et l'épinèvre peuvent être considérablement épaissis, et quelquefois ils sont infiltrés de cellules graisseuses. Les modifications présentées par les vaisseaux sanguins du tronc nerveux sont intéressantes ; on peut presque dire que leur épaississement est la règle générale ; cet épaississement s'observe surtout dans la tunique adventice, mais il peut se manifester sur la tunique interne au point d'effacer presque complètement la lumière du vaisseau. Les petits vaisseaux qui courent le long des fibres nerveuses, sous le périnèvre, sont souvent le siège d'altérations très accusées; ils subissent un épaississement énorme et empiètent sur les tubes nerveux adjacents, jusqu'à provoquer, par compression, la destruction d'un certain nombre de ces tubes; ils s'oblitèrent souvent et se transforment alors en une masse solide, cylindrique, fibro-celluleuse ou homogène. Les altérations qu'on vient de signaler se rencontrent à un égal degré et sont de même nature dans les nerfs sensitifs et dans les nerfs moteurs.

Il semble seulement qu'ils soient d'autant plus altérés qu'ils sont plus voisins de la périphérie. Plusieurs auteurs ont remarqué la prédisposition des nerfs vagues à subir des altérations dans d'autres formes de névrite, par exemple dans la polynévrite alcoolique, dans la diphtérie, dans la paralysie générale des aliénés ; le fait paraît demeurer exact en ce qui concerne la névrite sénile, car, dans plusieurs cas, l'auteur a rencontré des altérations étendues du nerf vague.

Ce mémoire se termine par quelques considérations intéressantes sur la pathogénie des lésions qui viennent d'être signalées. R. M. C.

VII. Atrophie et sclérose du cervelet; par C. Hubert-Bond. (*The Journal of mental Science*, juillet 1895.)

La physiologie du cervelet demeure encore obscure et controversée ; il en est de même de ses relations fonctionnelles avec le reste du système nerveux central. L'auteur rappelle et résume au début de ce travail les diverses théories physiologiques qui ont été proposées, et publie ensuite l'observation très détaillée d'un cas de lésion étendue du cervelet; nous en indiquons ici les points les plus saillants. La malade dont il s'agit avait quarante-trois ans en 1877 ; les renseignements cliniques que l'on a pu obtenir sont assez maigres; ils nous indiquent pourtant que la maladie a duré trente-six ans, ce qui en fait remonter le début à l'âge de sept ans. La cause de la maladie demeure obscure : on ne signale pas d'accidents méningitiques dans l'enfance, et s'il s'agissait d'une de ces hémorragies que l'on a signalées et qui peuvent accompagner un accouchement laborieux, les lésions de dégénérescence ne seraient pas réparties aussi uniformément qu'elles l'étaient. Un autre point intéressant, c'est l'état mental de la malade; c'était une imbécile, présentant les exacerbations périodiques que l'on rencontre quelquefois chez les malades de ce genre. Gowers a signalé des troubles intellectuels chez des sujets dont le cervelet seul était atteint; or, ici le cervelet était presque anéanti fonctionnellement, et le cerveau en revanche ne présentait pas les caractères que l'on y rencontre chez les imbéciles; il ne serait donc pas téméraire de rattacher les troubles intellectuels à la lésion cérébelleuse.

Beaucoup des signes qui aident à établir le diagnostic d'une affection du cervelet manquaient chez cette malade; il n'y avait ni vomissements, ni vertiges, ni spasmes des muscles de la nuque; pas de nystagmus, pas de tendance à tomber d'un côté. En revanche la démarche était nettement cérébelleuse, et la malade présentait les tremblements généraux de l'incoordination des membres qui accompagnent souvent ces lésions, que Luciani désigne dans leur ensemble sous le nom d' « astasie » et que Ferrier rattache à l'atrophie du cervelet.

Ce cas nous montre aussi que l'existence d'une lésion cérébelleuse étendue est compatible avec une durée considérable de la vie, — au moins cinquante-trois ans chez la malade dont il s'agit, qui d'ailleurs est morte phtisique. R. M. C.

VIII. Remarques sur la pathologie de l'hématome de l'oreille; par Edwin Goodall. (*The Journal of mental Science*, octobre 1894.)

L'auteur, après des expériences qui lui ont donné des résultats

insuffisamment concluants, pense qu'il reste à l'heure actuelle à déterminer si des microorganismes se rencontrent régulièrement dans le liquide séro-sanguinolent que l'on trouve dans les tissus de l'oreille dans le cas d'hématome; si la réponse était affirmative, il conviendrait de préciser leur signification étiologique, ou plutôt de rechercher s'ils en possèdent une. Cette supposition serait, suivant M. Goodall, parfaitement rationnelle, et ne serait nullement en désaccord avec l'idée d'un traumatisme, lorsque la réalité de celui-ci peut être établie.

Enfin l'auteur estime qu'il serait intéressant d'examiner au point de vue bactériologique le sang extravasé que l'on rencontre dans les cas récents d'hématome de la dure-mère. R. M. C.

IX. Observation d'un cas d'hémiatrophie cérébrale; par John J. Cowan. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1895.)

Le malade était un imbécile épileptique qui avait tué un ouvrier à coups de hache : il était halluciné ; la médication bromurée avait rendu plus rares les crises épileptiques : mais le malade était demeuré irritable, puis était devenu dément ; il présenta des signes de phtisie et mourut de tuberculose péritonéale.

A l'autopsie : crâne asymétrique, plus volumineux à droite. Dure-mère épaissie; au niveau du vertex, fausse membrane mince, couleur de rouille, parsemée de points brunâtres. Le cerveau est beaucoup plus volumineux du côté droit que du côté gauche. Les circonvolutions de l'hémisphère gauche, dans les régions frontale et occipitale, sont très petites, flétries et comme comprimées; celles des régions motrices, bien qu'atrophiées, ont un volume et un aspect qui se rapprochent davantage de l'état normal. Les circonvolutions de l'hémisphère droit sont plus volumineuses au niveau des régions motrices, mais légèrement atrophiées au niveau du lobe frontal. Les grosses artères sont saines : la communiquante antérieure est double. Le lobe pariétal gauche est ratatiné et flétri. La moitié droite du cervelet est plus petite que la gauche; mais on n'y constate aucune lésion. La moelle paraît saine du moins à l'œil nu. — Une planche accompagne ce travail et montre trois aspects de ce cerveau. R. M. C.

X. Remarques sur l'emploi de la formaline dans la fixation des fibres nerveuses : par Edwin-M. Kitchell. (*The New-York Medical Journal*, 20 juillet 1895.)

A l'exception de l'acide osmique, les agents de fixation de la fibre nerveuse usités jusqu'à présent ont pour effet fâcheux de ratatiner le cylindraxe. Entre les mains de l'auteur, la formaline a donné d'excellents résultats en ce qui touche la conservation du

cylindraxe et a fourni en même temps l'occasion de quelques remarques intéressantes relatives à son action sur la myéline.

L'expérimentation a porté sur des sciatiques de chien et de lapin pris avec toute leur épaisseur. Le liquide employé était titré à 1, à 2, à 10, à 25, à 50, et enfin à 100 p. 100 de la solution commerciale, laquelle est elle-même une solution aqueuse de formaldéhyde à 40 p. 100.

Avec la solution de formaline à 1 ou 2 p. 100, il y a ratatinement du cylindraxe et de la myéline, à peu près comme avec l'alcool. La solution à 10 p. 100 donne des résultats meilleurs, mais encore peu satisfaisants. — A 25, 50 et 100 p. 100, le cylindraxe demeure entièrement ou presque entièrement normal dans le plus grand nombre des fibres. La formaline pure donne des résultats encore un peu meilleurs.

Les agents ordinaires de coloration, fuchsine, éosine et autres couleurs d'aniline, aussi bien que l'hématoxyline de Gaye, ne colorent que faiblement le cylindraxe fixé par la formaline ; ils agissent au contraire énergiquement sur le tissu connectif.

Au contraire les cylindraxes ratatinés sont énergiquement colorés par les agents ci-dessus mentionnés.

Les coupes transversales de fibres nerveuses fixées par une solution de formaline comprise entre 25 et 100 p. 100 présentent de nombreuses petites lignes qui traversent la myéline sous forme d'irradiations irrégulières, et qui prennent lorsque l'on observe la fibre dans le sens de sa longueur, l'aspect d'un réseau très fin ; ce réseau est beaucoup plus net et plus régulier que celui que l'on observe dans la myéline fixée par le liquide de Muller.

Quand la fibre nerveuse a été durcie à l'aide de la formaline, l'acide osmique la colore en brun pâle; on peut, d'autre part, la dissocier, la colorer, la monter dans la glycérine sans alcool, ou la tremper dans l'alcool et l'éther, sans modifier son aspect.

Lorsque l'on veut colorer la fibre nerveuse, — ou le tissu des centres nerveux — par la méthode de Weigert après fixation par la formaline, il convient de dédoubler la liqueur réductrice, sans quoi la décoloration sera trop rapide et peu uniforme.

L'auteur pense que ces résultats autorisent à ajouter utilement la formaline à la liste actuelle des agents fixateurs de la fibre nerveuse. R. M. C.

XI. Observation de déformation du crane due a la syphilis héréditaire; par Charles-E. Nammack. (*The New-York Medical Journal*, 8 juin 1895.)

Il s'agit d'un enfant nègre âgé de trois ans et demi, chez lequel sa mère remarqua quatre jours après sa naissance un gonflement au niveau de la fontanelle antérieure; ce gonflement a persisté et

est devenu plus dur, sans que l'enfant présentât le moindre symptôme digne d'être noté; il se présente actuellement sous la forme d'une exostose de l'os frontal, ayant son maximum d'épaisseur à l'angle supérieur de jonction de cet os avec les pariétaux, et s'étendant de haut en bas, en diminuant d'épaisseur sur la surface externe de la portion verticale du frontal. La pression sur cette zone saillante ne provoque aucun symptôme. Les yeux de l'enfant sont grands et les globes oculaires saillants. Le diagnostic se pose entre un céphalhématome ossifié et une hypertrophie osseuse due à la syphilis héréditaire. L'auteur expose les raisons qui lui font adopter ce dernier diagnostic, ainsi que celles qui lui ont fait écarter l'hypothèse du rachitisme. R. M. C.

XII. Le réflexe du genou au point de vue du diagnostic; par William-M. Leszynsky. (*The New-York Medical Journal*, 29 juin 1895.)

Le réflexe du genou, quand il est bien observé, fournit au diagnostic des éléments importants : il dépend de l'intégrité de l'arc réflexe ayant pour siège le troisième ou quatrième segment lombaire. La méthode ordinairement employée pour le rechercher (les jambes étant croisées) est suffisante quand le réflexe est suffisamment actif, car alors la position des membres est indifférente; mais, dans les cas douteux, il est nécessaire de faire asseoir le malade sur un siège élevé ou sur le bord d'une table, de manière que ses pieds ne touchent pas le sol. La recherche du réflexe doit toujours être bilatérale : il faut en outre distraire le malade soit par des questions, soit par des mouvements imposés des membres supérieurs pour se mettre en garde contre les effets de l'attention expectante. Il convient aussi de réitérer les épreuves.

L'absence ou l'exagération du réflexe du genou ne doit jamais être considérée comme pathognomonique. L'absence du réflexe est d'ailleurs beaucoup plus significative que l'exagération.

Une lésion qui intéresse les racines postérieures des colonnes postérieures au niveau du second, du troisième ou du quatrième segment lombaire (par exemple tabes ou myélite transverse) provoque une interruption dans le trajet sensoriel, et le réflexe est aboli; ces lésions sont les seules lésions sensorielles qui donnent lieu à cette disparition du réflexe. Une lésion intéressant la portion motrice de l'arc réflexe (poliomyélite antérieure aiguë ou chronique, — névrite périphérique multiple ou isolée affectant les nerfs cruraux antérieurs) déterminera l'abolition du réflexe.

L'abolition du réflexe du genou, accompagnée de douleurs intenses, aiguës, circonscrites et paroxystiques dans les extrémités inférieures, — d'incontinence d'urine ou de paresse dans l'évacuation de la vessie, avec conservation de la résistance musculaire,

avec ou sans incoordination, avec ou sans phénomènes sensoriels objectifs, — indique des altérations organiques des segments lombaires de la moelle, telles que celles qui accompagnent la dégénérescence tabétique ou une lésion des racines postérieures.

L'abolition du réflexe du genou accompagnée d'une diminution de la résistance musculaire ou de parésie ou de paralysie évidente des extrémités inférieures, de phénomènes douloureux sur le trajet des troncs nerveux avec sensibilité à la pression, d'un certain degré d'atrophie avec diminution de l'irritabilité faradique, avec ou sans troubles sensoriels objectifs, et en l'absence de tout symptôme vésical — correspond à la névrite multiple.

L'abolition du réflexe du genou, avec paralysie flasque, atrophie, et perte de la sensibilité faradique du muscle, en l'absence de tout symptôme sensoriel indique une poliomyélite de la portion lombaire de la moelle du même côté.

Après avoir énoncé ces propositions, l'auteur insiste sur ce point que le réflexe du genou n'est pas nécessairement aboli dans tous les cas de tabes. Il étudie ensuite l'état du réflexe du genou dans un certain nombre de maladies, particulièrement dans la diphtérie, dans la méningite, dans l'asphyxie par l'oxyde de carbone, dans l'épilepsie, dans le diabète.

Il examine ensuite la signification de l'exagération du réflexe, et signale la fréquence de cette exagération chez les malades à qui l'on a dû prescrire, comme on le fait chez les épileptiques, l'usage des bromures poussé jusqu'à la production des effets physiologiques. Ce fait serait dû, suivant l'auteur à la sédation exercée par le bromure sur l'écorce motrice et à la diminution consécutive de l'action cérébrale de contrôle sur les centres réflexes inférieurs.

La dégénérescence primitive ou secondaire des cordons latéraux s'accompagne ordinairement d'une exagération du réflexe du côté de la lésion; il en est de même dans certains cas d'hémiplégie consécutive à une hémorrhagie de la capsule interne. Cette exagération s'observe encore à la période de début de la démence paralytique, sauf dans les cas où les cordons postérieurs ont été les premiers intéressés; alors le réflexe manque.

Comme le réflexe est souvent très accusé ou exagéré dans la neurasthénie, l'hystérie, l'alcoolisme, le surmenage mental, on est conduit à admettre que, dans bien des cas, l'interprétation de l'exagération est plus difficile que celle de l'abolition, — et cela est surtout vrai quand l'exagération est bilatérale et d'intensité uniforme.

L'exagération unilatérale du réflexe du genou a souvent une signification pathologique de premier ordre; elle est ordinairement accompagnée d'autres symptômes de nature objective, tels que la diminution de la résistance musculaire, la parésie ou la rigidité des muscles. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XIII. HÉMIPLÉGIE GAUCHE : PERTE DES RÉFLEXES SUPERFICIELS ET PROFONDS ; ATROPHIE MUSCULAIRE CONSIDÉRABLE ; ANESTHÉSIE MARQUÉE DE CERTAINES PORTIONS DES MEMBRES ; PERTE DE L'IRRITABILITÉ FARADIQUE, ET RÉACTION DE DÉGÉNÉRESCENCE DES MUSCLES DU CÔTÉ PARALYSÉ ; par J.-T. ESKRIDGE, avec remarques par Frederick PETERSON. (*The New-York Medical Journal*, 2 mars 1895.)

Le titre même de l'observation en résume utilement les points principaux : le sujet était une femme de quarante-deux ans, chez laquelle on ne constatait ni antécédents névropathiques, ni syphilis, ni alcoolisme. Les troubles trophiques que présentait cette malade différaient suffisamment de ceux que l'on rencontre dans les vieilles hémiplégies d'origine cérébrale pour que l'auteur a cru devoir rapporter cette observation intéressante, avec des détails qui échappent à l'analyse. Les observations de M. Peterson qui terminent ce travail ont surtout trait à l'historique du sujet et aux diverses théories qui ont été proposées pour expliquer la pathogénie de l'amyotrophie dans les lésions d'origine cérébrale ; sa conclusion est que, à l'heure actuelle, il n'existe pas de données sur lesquelles on puisse légitimement baser une théorie de l'origine de l'atrophie musculaire dans l'hémiplégie. R. M. C.

XIV. LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES LÉSIONS TRAUMATIQUES INTRA-CRANIENNES ; par Charles PHELPS. (*The New-York Medical Journal*, 10 novembre 1894 ; 12 janvier 1895.)

Dans un travail antérieur, publié il y a deux ans, M. Phelps avait déjà indiqué la facilité relative que présente le diagnostic différentiel des traumatismes cérébraux avec les états morbides intra-craniens, en même temps qu'il signalait la difficulté qu'offre le diagnostic différentiel des diverses lésions encéphaliques entre elles. De nouveaux faits sont venus aider à éclaircir le diagnostic. Dans son premier mémoire il publiait 124 cas, il apporte aujourd'hui 176 cas nouveaux, soit un total de 300 cas. Les cas nouveaux se décomposent ainsi : I. Fractures intéressant la base du crâne : *A*. Guérisons, 36 ; *B*. Morts, 59 ; *C*. Autopsies, 52. — II. Fractures limitées à la voûte : *A*. Guérisons, 31 ; *B*. Morts, 12 ; *C*, Autopsies, 7. — III. Lésions intra-craniennes sans fracture : *A*. Guérisons, 21 ; *B*. Morts, 17 ; *C*. Autopsies, 13. — En réunissant les deux séries, les 300 cas qui servent de base à cette étude se décomposent ainsi : I. Fractures intéressant la base du crâne : *A*. Guérisons, 57 ; *B*. Morts, 108 ; *C*. Autopsies, 87. — II. Fractures limitées à la voûte : *A*. Guérisons, 52 ; *B*. Morts, 22 ; *C*. Autopsies, 17. — III. Lésions intra-craniennes sans fracture : *A*. Guérisons, 28 ; *B*. Morts, 33 ; *C*. Autopsies, 16. — Total des guérisons, 137 ; total des morts, 163 ; nombre des autopsies, 130.

Nous résumons ici les plus importantes des remarques que l'auteur a déduites de cette série considérable d'observations.

Hémorrhagie. — Les symptômes qui peuvent résulter directement d'une hémorrhagie intra-cranienne d'origine traumatique sont : les anomalies de température, la perte totale ou partielle de conscience, les modifications de fréquence ou de caractère du pouls et de la respiration, le trouble ou l'abolition de la fonction musculaire, et l'irrégularité des pupilles. Une température qui se maintient au-dessous de la normale indique une hémorrhagie abondante et relativement dénuée de complications, et les hémorrhagies de ce genre siégeant le plus communément au-dessus de la dure-mère, cette indication donne sur le siège de la lésion un renseignement au moins probable, qui sera confirmé par l'absence des signes caractéristiques d'une lésion parenchymateuse. Des symptômes concomitants de contusion générale feront penser à une hémorrhagie de la pie-mère et des symptômes de lacération à une hémorrhagie corticale. Dans ces deux dernières formes la température est plus élevée que dans la variété précédente, et son élévation est proportionnelle à l'étendue et à l'importance de la complication qui la provoque. La perte primitive de conscience, fréquente dans les hémorrhagies indique qu'il y a complication de contusion générale. La perte consécutive de conscience due soit à la perte de sang soit à la compression exercée par le sang épanché, est suivie ou non d'un retour passager de la connaissance, suivant que la lésion diffuse du parenchyme est plus ou moins grave et que l'hémorrhagie est plus ou moins rapide : le retour à la conscience est partiel ou complet selon l'importance de l'épanchement. — Le caractère et la fréquence du pouls sont sans relation précise avec la forme, le siège ou l'étendue de l'hémorrhagie. L'apparition d'un changement dans la fréquence ou le caractère de la respiration est presque invariable lorsque l'hémorrhagie constitue une lésion à peu près isolée. Si l'épanchement sanguin siège à la surface convexe du cerveau, la respiration est ordinairement fréquente et souvent stertoreuse : si c'est à la base, en arrière, elle peut être fréquente et accompagnée de cyanose, à moins qu'il n'y ait compression de la moelle, auquel cas elle se ralentit progressivement jusqu'à cessation complète. Dans les cas favorables, la respiration ne subit d'ordinaire aucun changement. — Les paralysies générales ou locales, les troubles de l'action musculaire peuvent être des symptômes directs d'une hémorrhagie qui comprime ou irrite les centres qui président au contrôle musculaire : les contractions tétaniques sont assez communes, mais les cloniques sont rares, sauf le cas de lésion complicante. L'état des pupilles est ordinairement modifié, mais aucun des changements qu'il présente n'est caractéristique ; d'ailleurs un état pupillaire normal est compatible avec toutes les variétés d'hémorrhagies, simples ou compliquées,

quel que soit leur siège. Les troubles sensoriels tels que le délire ou l'irritabilité, ne sont pas des symptômes d'hémorrhagie, et leur présence indique une lésion concomitante du parenchyme.

Transsudation séreuse sous-arachnoïdienne. — Aucun symptôme ne se rattache assez directement à cette lésion pour la révéler.

Arachnitis. — Elle est aiguë ou subaiguë, et généralement causée par une contusion diffuse des méninges, bien qu'elle puisse, exceptionnellement procéder, par propagation, d'une lésion locale. Elle peut être insidieuse dans son début et dans sa marche, mais plus communément son apparition est tardive, et nettement indiquée par une élévation manifeste et brusque de température et par une modification évidente de l'état général. Les températures ultérieures sont irrégulières et les symptômes caractéristiques sont ceux de l'irritation corticale. Peu de modifications du pouls et de la température.

Contusion générale. — Elle complique constamment les autres formes de traumatismes intra-craniens, mais elle existe rarement à l'état de lésion mortelle isolée : ses symptômes sont irréguliers dans leur apparition, leur marche et leur terminaison, et leurs rapports entre eux manquent de précision. Le moins irrégulier de ces symptômes est la perte de conscience, se manifestant à une époque et à un degré variables. La température reste ordinairement au-dessus de la normale. Comme la perte primitive de conscience, le délire primitif ou précoce doit être attribué uniquement à l'influence de cette lésion aussi bien dans les cas simples que dans les cas compliqués. Pour le reste des symptômes, leur analyse physiologique pourra seule préciser la part qui revient à cette lésion.

Contusion limitée. — Elle est relativement rare, généralement disséminée et difficile à distinguer de la contusion générale.

Lacération. — Elle se complique presque toujours, sinon toujours, de contusion générale concomitante et d'hémorrhagie consécutive. La perte primitive de connaissance, et le délire variable qui précède ou qui suit le retour de la conscience relèvent de la contusion générale concomitante. Dans les cas ordinaires, il peut n'exister aucun symptôme secondaire révélant la lacération. La perte primitive de conscience peut être remplacée par un état de léthargie ou d'affaiblissement des perceptions qui, en passant par la somnolence aboutit au coma et à la mort. La période primitive est très souvent suivie d'un trouble ou d'un affaiblissement mental qui peut se terminer par la guérison, la démence chronique ou la mort. Exceptionnellement, la conscience peut demeurer intacte malgré l'existence d'un déchirement étendu et fatalement mortel. Il n'y a aucun rapport obligatoire entre les symptômes psychiques primitifs et le plus ou moins de sévérité du pronostic. La température est plus élevée dans cette variété de lésions que dans toutes les

autres, et son élévation rapidement progressive indique une terminaison promptement fatale. Il est commun de rencontrer dans cette forme de traumatisme une sensibilité anormale aux impressions extérieures, qui survit parfois à l'apparition de l'inconscience terminale, et qui fait défaut dans l'hémorrhagie et dans la contusion. Les convulsions, particulièrement lorsque la lésion intéresse le lobe frontal ou temporo-sphénoïdal, sont si fréquentes dans les cas mortels, et si rares dans les autres variétés de traumatismes intra-craniens, qu'on peut les considérer comme caractéristiques. Le relâchement des sphincters se rencontre dans toutes les lacérations étendues, indépendamment de l'abolition de la conscience et de la perte de la puissance musculaire. Il est rare dans les autres variétés de lésions traumatiques intra-craniennes, et devient ainsi presque pathognomonique. Les paralysies beaucoup plus communes dans les autres lésions, ne peuvent ici aider qu'au diagnostic du siège, après que le diagnostic de la nature du mal a été établi à l'aide d'autres données. Les pupilles demeurent le plus souvent normales, et leurs modifications, quand elles existent, sont sans valeur séméiologique. Sauf complication, ni le pouls, ni la respiration ne changent de caractère, si bien que la persistance de leur état normal au milieu des désordres concomitants prend une véritable valeur diagnostique. Les troubles psychiques n'existent que si les lobes frontaux sont intéressés, mais ils le sont d'une manière si fréquente que, pratiquement, on peut considérer ces troubles comme des signes de l'existence d'une lacération. En somme le diagnostic de lacération cérébrale repose surtout sur la présence de certaines particularités de température, de troubles psychiques, du relâchement involontaire des sphincters et de convulsions cloniques.

Inflammation pyogénique parenchymateuse. — Elle est rare, et sauf le cas de pénétration d'un corps étranger, elle demeure limitée. Les cas observés sont trop nombreux pour qu'on en puisse déduire les éléments du diagnostic.

En résumé, dans les lésions intra-craniennes d'origine traumatique, les symptômes sont si divers, leurs combinaisons sont si variées, leur durée, quelquefois si courte, qu'il faut une observation très attentive pour poser le diagnostic avec quelque précision. Mais si, dans ces lésions, on ne rencontre que peu de symptômes qui possèdent, intrinsèquement, une valeur pathognomonique, on en trouve en revanche un assez grand nombre qui, par les relations réciproques des circonstances dans lesquels ils se manifestent et des moments où ils apparaissent, parviennent à acquérir cette valeur. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XV. SUR LES LÉSIONS DE DÉGÉNÉRESCENCE DU SYSTÈME ARTÉRIEL CHEZ LES ALIÉNÉS, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LA NATURE DE L'ÉPEN-

DYME GRANULEUX; par Cecil-F. BEADLES. (*The Journal of mental science*, janvier 1895.)

L'auteur se propose d'attirer l'attention sur les signes disséminés de dégénérescence artérielle que l'on rencontre à l'autopsie des aliénés.

Quand on observe les fous, on est vite frappé de ce fait qu'ils paraissent généralement beaucoup plus âgés qu'ils ne le sont en réalité. Ce vieillissement, qui n'est qu'un degré plus ou moins avancé de déchéance sénile, relève de l'état de nutrition des tissus, ou, en d'autres termes, des caractères du sang et de l'état des vaisseaux qui le distribuent. Chez beaucoup d'aliénés, la dégénérescence artérielle est démontrée par la saillie et la dureté des artères; il n'est pas rare non plus de rencontrer chez eux de l'hypertrophie ou de la dilatation cardiaque, avec ou sans lésion valvulaire, ou encore de la simple asthénie cardiaque ou de la surcharge graisseuse. La fréquence dans les asiles du mal de Bright, un état particulier de refroidissement et de cyanose des extrémités que l'on trouve souvent chez les déments jeunes et qui se rattache à la maladie de Raynaud; l'hématome de l'oreille, la production facile et la guérison lente des ecchymoses, la friabilité des os et les altérations dentaires sont autant d'indices de troubles de la nutrition dus à la dégénérescence des artères. Les altérations viscérales indiquent ordinairement, par leur nature, l'existence d'une sclérose artério-capillaire généralisée. L'étude des reins, presque toujours altérés (néphrite chronique interstitielle, avec rein plus ou moins contracté) est à cet égard particulièrement démonstrative.

Le cœur, si l'on prend la peine de l'examiner attentivement, n'est presque jamais sain chez les aliénés; les lésions valvulaires et artérielles sont communes et le myocarde est souvent flasque et pâle. La fréquence du cœur gras suffit probablement à expliquer les syncopes si communs chez les fous. La rupture du cœur n'est pas très rare chez eux, et un effort et un exercice violents ne sont nullement indispensables pour qu'elle se produise.

Les artères de la base du crâne offrent presque toujours des signes de dégénérescence; leurs parois sont épaissies, opaques et rendues rigides par des dépôts crayeux, et cela chez des sujets dont l'âge ne justifie pas ces modifications. D'après Saint-John Bullen, l'athérome artériel de la base serait cinq fois plus fréquent dans la démence que dans la paralysie générale, où il le considère d'ailleurs comme relativement rare.

Les petites ramifications des artères du cerveau, examinées sur une coupe micrographique, ne sont presque jamais exemptes de lésions. La tunique interne est le siège d'une prolifération d'intensité variable, qui peut obstruer simplement ou effacer totalement

le calibre de l'artériole. La syphilis est la grande cause de ces altérations de la tunique interne. Le plus souvent c'est la tunique moyenne qui est la plus profondément modifiée. La paroi peut être épaissie par une prolifération du tissu musculaire et fibreux, ou bien encore s'infiltrer de graisse, comme dans les artères plus grosses. Les tissus qui constituent le vaisseau se fondent, prennent un aspect homogène et les noyaux cellulaires disparaissent; le cordon vasculaire prend l'aspect d'un chapelet. Des vaisseaux de moyenne taille, présentant ces anomalies à un degré très accusé, se rencontrent souvent sous l'épendyme des ventricules, dont ils soulèvent le revêtement épaissi, donnant ainsi l'illusion d'un état granuleux.

Les états signalés dans les artères de moyenne taille se rencontrent chez les aliénés jusque dans les plus petites artérioles; mais dans ce dernier cas on observe dans les espaces périvasculaires et dans leur voisinage immédiat les amas ordinaires de petites cellules arrondies; on rencontre souvent aussi, autour d'elles, de petits épanchements sanguins, ou des amas de pigment altéré et de petits foyers de ramollissement.

La sclérose des artérioles est toujours suivie d'une hyperplasie du tissu connectif qui les entoure, paraissant prendre naissance sur la tunique externe du vaisseau et ayant pour effet de durcir et de ratatiner l'organe.

Bien que cette remarque s'écarte un peu du sujet, l'auteur tient à signaler en passant un état pigmenté de la pie-mère qui revêt la moelle allongée et la région cervicale de la moelle, qui est assez commun chez les aliénés, et qui, à sa connaissance, n'a pas été décrit. Cette pigmentation ne paraît spécialement liée à aucune forme d'aliénation, bien qu'elle soit incontestablement plus fréquente dans la paralysie générale : elle peut d'ailleurs se rencontrer ailleurs que dans les affections mentales.

Quelle est l'explication des phénomènes de dégénérescence artérielle qui viennent d'être indiqués? Sont-ils primitifs ou secondaires? faut-il voir en eux un des facteurs de la folie? L'auteur est d'avis que, dans un certain cas et dans une certaine mesure, les altérations des artères peuvent être secondaires, mais qu'il y a des raisons suffisantes pour admettre que souvent elles sont primitives et précèdent de longtemps l'apparition des troubles mentaux. Il pense donc que l'état vacuolé et la dégénérescence des cellules nerveuses peuvent souvent être le résultat d'une insuffisance de la nutrition cellulaire due à l'interruption de la distribution sanguine mal accomplie par des artères obstruées ou malades. A cette lésion, à cette obstruction des artères, on peut trouver bien des causes, mais la plus importante paraît être la toxicité du sang (alcool, syphilis, ptomaïnes ou autres agents similaires). Ces agents d'intoxication peuvent assurément exercer une action primitive sur

la cellule nerveuse, mais ils ne sauraient demeurer sans effet sur les tissus des vaisseaux qui les chavrient.

En étudiant les dégénérescences artérielles chez les aliénés, l'auteur a eu l'occasion de signaler l'aspect granuleux de l'épendyme ventriculaire; il se propose en terminant d'indiquer sommairement la nature histologique des petits corps que l'on trouve répandus comme des grains de sable fin sur la surface de l'épendyme ventriculaire.

Ils ont depuis longtemps été reconnus comme caractérisant un état de dégénérescence, et ont été l'objet des recherches de Lockhart-Clarke, Batty Tuke, Clouston, Mickle, Angel Monay, etc., qui m'ont donné des descriptions brèves et peu concordantes. On ne les rencontre jamais dans le cerveau normal, mais ils accompagnent des lésions très diverses de cet organe; ils manquent rarement dans la paralysie générale, mais n'ont pas la valeur d'un signe caractéristique.

L'auteur pense que ces petits nodules participent de la nature des petites tumeurs ayant pour cause une lésion irritative, telle qu'un agent chimique contenu dans les ventricules ou dans le sang. L'irritation constante de l'épithélium détermine par places une dégénérescence, et par places une prolifération ; celle-ci peut se produire de haut en bas et envahir les tissus sous-jacents. La continuité de la surface se trouve ainsi affaiblie, et le tissu connectif voisin, dérivé de la névroglie et de la tunique externe des vaisseaux entre en hyperplasie active et pousse vers la surface des projections verruqueuses. Sous l'influence de ce travail il est naturel que des cellules épithéliales se trouvent isolées et enchâssées dans le stroma fibreux. En outre, par suite de la diminution et de l'appauvrissement de l'apport sanguin le tissu connectif de nouvelle formation peut dégénérer de bonne heure en un tissu amorphe plus ou moins granuleux. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVI. REVUE DE L'INFLUENCE DES FACTEURS RÉFLEXES ET TOXIQUES SUR LA PRODUCTION DE LA FOLIE ET DE L'ÉPILEPSIE; par SAINT-JOHN BULLEN. (*The Journal of mental science*, avril 1895.)

L'objet de ce travail est de présenter quelques-unes des vues les plus nouvelles relatives à l'influence des stimulations réflexes et des agents toxiques sur la folie et l'épilepsie. L'auteur étudie d'abord les rapports étroits qui existent entre les fonctions du système nerveux et celles des autres organes ; il insiste ensuite sur la distinction qu'il convient d'établir entre le délire et l'aliénation mentale, distinction qui ne peut être solidement basée que sur l'étude de leurs conditions étiologiques respectives. Au point de vue clinique, il est impossible de méconnaître que certaines aberrations mentales, aiguës ou chroniques, peuvent être provoquées

par des agents toxiques, engendrés par l'individu lui-même, ou introduits dans l'organisme, et que, si un agent toxique peut provoquer le délire d'une manière aiguë, son action réitérée peut donner lieu à des désordres mentaux systématisés. Le surmenage mental, le surmenage physique peuvent donner lieu à des auto-intoxications génératrices de la folie. Les recherches dirigées dans ce sens ont été fréquentes, et sont déjà nombreuses, et l'auteur résume celles qui ont porté sur la sécrétion et l'excrétion urinaires, sur les auto-intoxications originaires de l'appareil gastro-intestinal et du foie. Les lésions pulmonaires paraissent moins actives dans la production des troubles mentaux. Parmi les causes les plus puissantes au contraire, il faudrait ranger les affections des organes pelviens chez la femme, ainsi que les états morbides qui se rattachent à la gestation.

Les causes d'ordre réflexe sont celles qui exercent surtout leur influence sur la production des épilepsies, car on peut encore se demander si la circulation des agents toxiques dans le sang est capable de produire l'épilepsie vraie, comme elle l'est assurément de produire l'éclampsie; d'autre part, il faut se souvenir que beaucoup de réflexes pathologiques ont une origine toxémique, bien que beaucoup d'auteurs estiment qu'il n'en est ainsi que chez les sujets mentalement prédisposés. L'auteur énumère ensuite les divers points d'où peuvent partir les stimulations réflexes génératrices de l'épilepsie vraie; les sources les plus ordinaires de ces réflexes épileptogènes sont les troubles de l'appareil de la vision, les affections de l'oreille, du nez, des dents, enfin et surtout les lésions des organes génitaux chez l'homme. R. M. C.

XVII. La valeur de la méthode de Frenkel dans le traitement du tabes dorsal; par de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Cette méthode produit dans presque tous les cas une amélioration plus ou moins notable des mouvements; quelquefois, au bout d'un mois et demi, il y a un brillant résultat. On pratique des séances quotidiennes de trente minutes, excepté les premières, afin d'éviter de fatiguer le malade; les pieds sont massés après chaque séance, pour faciliter la circulation des déchets qui proviennent de la fatigue et relever la nutrition du muscle.

En somme : 1° amélioration remarquable de l'ataxie; 2° les exercices musculaires prudents augmentent et relèvent la force musculaire des extrémités malades; 3° les exercices sous le contrôle de la volonté des patients améliorent la coordination motrice; 4° les malades reprennent de la confiance en eux; 5° le sens musculaire se rétablit; le signe de Romberg s'atténue, mais les signes d'Argyll Robertson et de Westphal subsistent tels quels. P. K.

XVIII. APPLICATION DES ÉTINCELLES DES BOBINES D'INDUCTION OUVERTES A DES USAGES DIAGNOSTIQUES ET THÉRAPEUTIQUES; par M. STERNBERG. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Si l'on met en communication avec la terre l'extrémité du second circuit d'un appareil d'induction, l'autre extrémité projette de fortes étincelles émanant du courant de l'ouverture du circuit, ces étincelles ont tout à fait les mêmes propriétés que celles d'une machine statique ou d'une bouteille de Leyde. En se servant d'armatures appropriées on dirige sur un point déterminé de la peau des étincelles longues de 1 à 2 millimètres; on limite ainsi la zone d'analgésie que l'on peut rencontrer sans avoir les inconvénients des piqûres d'épingles. Si au contraire l'opérateur saisit de la main gauche une électrode plate humide en contact avec l'extrémité conductrice du second circuit, et qu'il place sa main droite sèche, dont la paume est dirigée vers le malade, à un demi-millimètre ou un millimètre de distance de l'endroit à électriser, le malade reçoit une myriade de petites étincelles, en uu mot une douche électrique excellente dans les céphalalgies des neurasthéniques, des chlorotiques, des tumeurs cérébrales. P. K.

XIX. DE L'INFLUENCE DE L'ÉCORCE DU CERVEAU SUR L'ACTE DE LA DÉGLUTITION ET LA RESPIRATION; par W. DE BECHTEREW et P. DE OSTANKOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Expériences sur le chien. — Le centre de la déglutition occupe le segment antérieur de la deuxième circonvolution, en dehors de la circonvolution sigmoïde, à l'extrémité antéro-externe du deuxième sillon. L'excitation de l'extrémité antéro-externe de la deuxième circonvolution (Landois), immédiatement au-dessus du centre des mouvements de la déglutition, accélère la respiration en prolongeant la phase expiratoire. Assez souvent cette dyspnée expiratoire est suivie d'un mouvement de déglutition, ce qui prouve l'extrême vicinité des deux centres. P. K.

XX. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'INFLUENCE DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE ET DES COUCHES OPTIQUES SUR LES MOUVEMENTS DE LA DÉGLUTITION; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolg. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Réthi a trouvé chez le lapin un seul centre cortical situé en avant et en dehors du centre cortical des extrémités, dont l'excitation produit des mouvements de mastication, suivis de l'acte de la déglutition. Si voisin que soit, chez le chien, dans l'écorce, le centre de la déglutition de celui des mouvements des maxillaires et de la langue, de celui de l'angle buccal, de celui de l'ouverture de la gueule, il n'est pas encore possible de les réunir en un seul

centre. Le centre de coordination des mouvements nécessaires à l'opération de manger serait la couche optique (Réthi). M. de Bechterew trouve dans les couches optiques un centre pour les mouvements de l'estomac et de l'intestin ; elles sont bien le lieu où prennent naissance l'ensemble des mouvements nécessaires à la nutrition de l'organisme, depuis ceux de la mastication et de la déglutition, jusques et y compris ceux de l'intestin. P. K.

XXI. De la craniotonoscopie et de sa valeur clinique ; par W. Murawjeff. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Appareil et méthode de Gabritschewsky, appareil de Bechterew. On prendra soin de couper courts les cheveux du malade ; quand on placera le pavillon du stéthoscope dans la bouche du malade, il devra respirer le plus doucement possible ; on veillera à bien placer le diapason sur des points symétriques du crâne en donnant à ses vibrations la même intensité chaque fois. On comparera bien exactement l'auscultation de points précisément symétriques ; on écoutera deux fois à chaque mise en branle du diapason, et l'on appréciera les différences minimes de son perçues. Dans ces conditions, voici ce que l'on peut dire :

1° Les points symétriques du crâne rendent des tons toujours égaux, quels que soient l'âge, l'épaisseur des os, la forme du crâne, sauf erreur pour les crânes très obliques non encore examinés ; 2° au fur et à mesure que l'on déplace le diapason, du front à l'occiput, le son des vibrations transmis par les os du crâne et ausculté par la bouche s'affaiblit, mais non uniformément ; il y a des transitions brusques à la limite du frontal et du pariétal, entre le pariétal et l'occipital ; au niveau des sutures le son est un peu plus étouffé. Il y a affaiblissement des tonalités en certaines zones du crâne ; voici par exemple un ton éclatant au niveau du frontal ; nous le trouvons plus obscur dans la moitié antérieure du pariétal, à la base de l'apophyse mastoïde, tout le long des os de la face, dans la région du sinus frontal ; un second degré d'obscurité se constate au niveau de la moitié postérieure des pariétaux, de l'occipital, des prolongements des apophyses mastoïdes ; un troisième degré d'obscurité se manifeste sur les vertèbres craniennes, les tempes et le reste du temporal à l'exception de l'apophyse mastoïde.

Le son peut-il être masqué ou affaibli par des lésions intra-craniennes, ou par des lésions des os du crâne. Des expériences établies par l'auteur et rapprochées d'études cliniques ont indiqué à M. Murawjeff que la craniotonoscopie ne permet pas de diagnostiquer les lésions intra-craniennes. Mais elle permet de diagnostiquer les altérations des os du crâne ; moins l'os est compact (suppuration et carie, maladie de Menière, tumeurs des os), moins

bien le son est conduit; mais il faut faire la part de l'état des parties molles qui recouvrent les os, leur atrophie étant en rapport avec une perception plus nette du son du diapason du côté atrophié, leur augmentation de volume au contraire obnubilant le son dans cette région. P. KERAVAL.

XXII. DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE DÉGÉNÉRATIVE DANS LA PARALYSIE PROGRESSIVE; par A. HOCHE. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Il s'agit de deux observations, dont l'une avec autopsie, qui témoignent de l'existence d'atrophies musculaires, malgré l'intégrité des cornes antérieures et des nerfs périphériques. Ces atrophies, de par leur siège et leur répartition, se distinguent de l'atrophie ordinaire de la paralysie générale, et, par la netteté des altérations qualitatives de l'excitabilité galvanique, de l'atrophie lente tabétique. M. Hoche discute à ce sujet l'opinion de Nageotte pour qui la paralysie générale n'est qu'une forme de tabes, ou le tabes une forme fruste de paralysie générale. P. K.

XXIII. UNE GOMME DANS LA RÉGION DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX; par G. ILBERG. (*Archiv. f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

Observation avec autopsie. Céphalée, vertiges, insomnie, démarche ataxique, dysarthrie, accidents spasmodiques. Lésions multiples : leptoméningite cérébro-spinale, hémorragies dans la substance grise, dégénérescences dans la substance blanche, névrite de plusieurs nerfs rachidiens et de presque tous les nerfs craniens; vaisseaux athéromateux ; stigmates syphilitiques de plusieurs organes; hydrocéphalie interne; gomme dans les tubercules quadrijumeaux. P. K.

XXIV. LES FAISCEAUX SENSITIFS DE LA MOELLE D'APRÈS LES RECHERCHES DE M. F. HOLZINGER ; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Expériences sur des chiens; section de la moelle dorsale (au niveau des troisième et quatrième vertèbres); contrôle microscopique.

L'hémisection produit une diminution bilatérale de la sensibilité des régions sous-jacentes; mais cette perturbation disparaît au bout de quelques jours. La section des cordons postérieurs et de la substance grise avec les cordons antérieurs ne donne pas d'analgésie, pas plus que la section de la partie antérieure de la moelle, c'est-à-dire de l'ensemble des cordons antérieurs, de la partie antérieure des cordons latéraux et d'une partie des cornes antérieures. La section isolée, à l'aide du couteau de de Græfe, de la couche

limitante de substance grise d'un côté ou de l'autre, reste sans résultats. Pour qu'il se produise de l'analgésie, il faut sectionner les deux cordons latéraux ou la moitié postérieure de la moelle, et, encore, dans ce dernier cas, faut-il que la limite antérieure de la coupe se trouve un peu en avant des faisceaux pyramidaux; si la destruction de la partie postérieure de la moelle ou des cordons latéraux est peu profonde, il n'y a pas de perte complète de la sensibilité à la douleur. L'anesthésie tactile et la perte du sens musculaire surviennent quand il y a codestruction des cordons postérieurs. La section des cordons postérieurs, au niveau indiqué, produit de l'ataxie dans les extrémités postérieures. P. K.

XXV. De ce que l'on appelle les granulations des cellules nerveuses; par F. Nissl. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Etude microchimique des plus importantes des cellules, avec magnifiques dessins; dissection chimique des éléments composants des cellules; discussion avec Rosin.

Conclusions. — Si nous caractérisons l'une des parties fondamentales du corps de la cellule, en disant qu'elle a une forme (apparente), c'est-à-dire qu'elle est *colorable*, et si nous établissons qu'il existe une seconde partie constitutive du même corps cellulaire qui, elle, n'a pas de forme (apparente), c'est-à-dire *n'est pas colorable*, nous arrivons alors à dénommer chacun des éléments morphologiques. Les composants de la partie constitutive colorable seront, suivant les figures qu'ils affectent : des granulations, des filaments de granulations, des séries et des groupes de granulations, des fils de telle ou telle composition. Les grosses portions de substance seront des corpuscules à désignation typique et s'appelleront : fuseaux, coiffes, cônes, selon les dessins qu'elles figurent.

Ce sera la meilleure terminologie pour les éléments morphologiques du corps cellulaire. P. K.

XXVI. De la circulation des régions de la protubérance et du pédoncule cérébral, et en particulier du noyau de l'oculo-moteur commun ; par S. Shimamura. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Etudes analogues à celles de Duret et Heubner pour le cerveau. L'auteur étudie successivement les grosses artères des régions pédonculaires et protubérantielles, les petites branches artérielles de la région pédonculaire occupant le côté externe, et pénètre ensuite dans la profondeur.

« Comme partout ailleurs, dit-il, les régions qui possèdent de la substance grise, sont bien plus riches en vaisseaux que celles

qui, presque exclusivement, sont occupées par de la substance blanche. Les parties qui sont sur la ligne médiane sont alimentées par les branches qui proviennent des artères à direction antéro-postérieure, longeant la ligne médiane. Les parties latérales, y compris les tubercules quadrijumeaux, sont alimentées par les rameaux qui proviennent des vaisseaux contournant d'avant en arrière la protubérance et les pédoncules cérébraux. Toutefois il existe des districts vasculaires bien séparés. »

C'est ce que montrent les coupes transverses et perpendiculaires à travers les pédoncules cérébraux et les tuberculés quadrijumeaux antérieurs. A la base du cerveau, du point où les artères cérébrales postérieures s'abouchent dans la basilaire, partent nombre de petits vaisseaux, dans l'angle même où les pédoncules cérébraux touchent à la face antérieure de la protubérance ; de même les branches intercrurales, provenant des communicantes postérieures, convergent vers la ligne médiane du trigone. Toutes ces branches dans le sillon intercrural forment un cône qui pénètre la substance nerveuse où sur une étendue plus ou moins longue elles dessinent un éventail qui divergent d'avant en arrière. Deux d'entre elles, plus fortes, se dirigent le long de la ligne médiane jusqu'à l'aqueduc de Sylvius, où, de chaque côté, elles dessinent un arc qui gagne le bord externe et se résolvent en rameaux terminaux. Dans la protubérance, de ces deux branches médianes partent, à certaines distances, des rameaux affectant la direction perpendiculaire. De ces rameaux-là, dans la région pédonculaire se détachent des branches médianes sous des angles aigus ou droits. De sorte qu'il n'y a pas de distribution vasculaire étagée.

Les rameaux qui se détachent sous un angle aigu se rendent : 1° à la partie médiane de la substance noire de Sœmmering ; 2° aux pédoncules cérébelleux supérieurs, et, transversalement, aux noyaux rouges de la calotte ; 3° à la région du faisceau longitudinal postérieur ; 4° au noyau de l'oculomoteur commun.

Chaque hémisphère, droit ou gauche, est alimenté par les vaisseaux du même côté. *Il n'y a pas d'anastomoses entre les districts vasculaires* qui existent des deux côtés de la ligne médiane, et ceux qui occupent les parties latérales et postérieures c'est-à-dire les tubercules quadrijumeaux. Il n'y a pas de vaisseaux unissant les vaisseaux des parties latérales et médianes de la région des pédoncules cérébraux. La partie médiane du côté où l'on a fait l'injection est très bien injectée ; la partie médiane de l'autre côté est peu injectée ; l'injection ne pénètre pas ailleurs, ni dans la partie postérieure (tubercules quadrijumeaux). La sphère vasculaire médiane, injectée, a la forme d'un triangle à base vers le pied du pédoncule cérébral, à angle dirigé vers l'aqueduc de Sylvius c'est-à-dire qu'en avant elle est élargie et qu'elle se rétrécit vers l'aqueduc. Il est impossible d'établir sans aucun doute qu'il y ait

des anastomoses d'un côté à l'autre. Il est probable qu'entre les vaisseaux de la région médiane d'un côté et de la région médiane de l'autre côté il y a des vaisseaux très fins qui établissent une communication entre le vaisseau médian d'un côté et le vaissean médian de l'autre; mais, dans le pédoncule cérébral même, il n'y a pas d'anastomoses entre les deux districts vasculaires. Il n'y a pas non plus d'union vasculaire entre la partie médiane et la partie latérale d'une part, ni entre la partie médiane et la partie postérieure d'autre part; le *territoire vasculaire situé à côté de la ligne médiane est donc un territoire autonome et isolé.*

On remarque que la *région de l'oculo-moteur commun* est celle qui est le plus fréquemment visitée par un processus pathologique direct ou indirect. Or, cette région occupe à peu près la place du cerveau où les ondes sanguines de la carotide et de la vertébrale viennent se choquer ; de plus, tous les vaisseaux qui finalement se résolvent dans ce noyau en rameaux terminaux, montent presque perpendiculairement de la base en arrière et ces vaisseaux sont des artères terminales ; le noyau de l'oculo-moteur commun ne reçoit donc son sang que de ces vaisseaux. Voilà trois conditions défavorables expliquant pourquoi le noyau de l'oculo-moteur commun est si fréquemment le siège de lésions et pourquoi beaucoup d'affections du système nerveux central se traduisent à leur début par des symptômes en rapport avec l'altération du territoire des parties animées par l'oculo-moteur commun. P. KERAVAL.

XXVII. DES FIBRES MYOSIGÈNES ; par W. DE BECHTEREW (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

L'expérimentation a révélé chez les oiseaux l'existence dans le chiasma de fibres optiques et de fibres pupillaires entre-croisées ; celles-ci parcourent un certain trajet avec la bandelette optique dans l'hémisphère cérébral opposé, mais elles s'en séparent avant d'entrer dans la région du tubercule bijumeau et se dirigent en dedans pour gagner directement la région du noyau de l'oculo-moteur commun. Chez les chiens, il y a très probablement entre-croisement incomplet des fibres pupillaires dans le chiasma ; elles se séparent des fibres optiques non immédiatement en arrière du chiasma, mais dans le trajet ultérieur de la bandelette optique. Il existe des fibres pupillaires dans la commissure postérieure. Nombre de faits pathologiques confirment que des fibres pupillaires marchent séparées des fibres optiques sur une certaine étendue du segment centripète de l'arc réflexe ; telle la cécité totale avec conservation de la réaction à la lumière, après la destruction des tubercules quadrijumeaux. Les cas dans lesquels il y a immobilité réflexe des pupilles avec conservation de la réaction à l'accommodation (tabes et paralysie générale), et ceux de la perte unilatérale

de la réaction lumineuse directe, peuvent s'expliquer par des lésions qui atteignent le segment centripète les fibres pupillaires, dans le trajet où elles sont justement séparées des fibres optiques. Travaux sur ce segment de Gudden, Darkschewitsch, Flechsig, Bogrow.

P. K.

XXVIII. SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE RECHERCHES DANS LES CENTRES NERVEUX, EN PARTICULIER POUR LOCALISER LES CELLULES NERVEUSES; par F. NISSL (*Centralbl. f. Newenheilk.*, N. F. V., 1894.)

Il s'agit 1° de supprimer les relations directes (musculaires ou sensorielles) des cellules nerveuses avec leur organe terminal, chez un animal adulte ou demi-adulte; il en résultera une altération régressive de ces éléments; 2° d'enlever un centre nerveux des organes centraux ou de couper les faisceaux qui sortent de ce centre; dans les cellules nerveuses du centre le plus voisin de celui qui dépend le plus directement du premier, il s'effectuera une altération régressive qui, dans les premières semaines, ne dépassera pas le centre le plus voisin; 3° la régression variera suivant la forme de la cellule; d'une manière générale, il s'agira d'abord d'une tuméfaction du corps cellulaire et de modifications toutes particulières des portions du protoplasma colorables ; puis, pour quelques formes de cellules, de phénomènes spécifiques dans le noyau de la cellule ; c'est ce qu'on constate quand on emploie une méthode convenable, dans les huit à quinze jours qui suivent l'intervention opératoire; 4° enfin la loi est que dès que les cellules nerveuses des centres sont directement atteintes par un agent nocif, elles régressent, tandis que les cellules de la névroglie du pourtour subissent une altération progressive quel que soit l'agent nocif. Voici comment réagit la cellule de la névroglie ; son protoplasme ou corps cellulaire se déplisse et sécrète, alors que jusque-là il résistait aux agents colorants, il devient visible et la cellule prolifère par voie de karyokinèse (Weigert). Pour qu'on observe cette compensation entre la régression de la cellule nerveuse et la progression de la cellule névroglique, il faut que l'agent nocif ait uniquement lésé les éléments spécifiques des centres nerveux, c'est-à-dire la cellule et les fibres nerveuses. Combinaison de la méthode de Marchi et de Gudden aux études micro-chimiques de Nissl.

P. K.

XXIX. CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA COMMOTION CÉRÉBRO-SPINALE ; par G. BIKELES. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, NF. V. 1894.)

Avec un marteau de Skoda, on frappe sur la tête des cochons d'Inde jusqu'à produire de petites convulsions épileptiformes, soit

un seul coup, soit plusieurs coups à plusieurs reprises. Puis on obtient chez eux soit une extrême maladresse dans les mouvements, soit des parésies avec convulsions tono-cloniques persistantes. Quelques semaines plus tard, on les tue et on examine le système nerveux central. Dans ces conditions on constate qu'un traumatisme localisé peut déterminer des altérations étendues à travers tout le système nerveux central, mais celles-ci échappent à la plupart des méthodes d'examen; or ce sont elles qui constituent le substratum de bien des névroses traumatiques, dites fonctionnelles.

I. Le traumatisme détermine, non seulement une tuméfaction des cylindraxes, mais une tuméfaction très marquée des gaines myéliniques (névrites dégénératives traumatiques), et cela en des endroits qui ne peuvent avoir été atteints qu'indirectement et non par l'action du contre-coup; il est probable qu'il y a eu aussi lésion des cellules, mais on ne possède point de réaction sensible et facile pour déceler ces fines altérations de structure ; la méthode de Nissl même est impuissante. *La commotion cérébrale* provoque donc des *lésions étendues des fibres nerveuses à myéline de tout le système nerveux central.* — II. La *commotion de la moelle* se traduit par des foyers de ramollissement survenant après le traumatisme et qui sont la conséquence directe de la déchéance de la substance nerveuse (sans hémorragies préalables), par le choc; il y a dégénérescence traumatique, puis régénérescence, les symptômes disparaissent après un temps plus ou moins long. La névrose traumatique à symptômes spécialement graves prend son origine dans l'atteinte plus vive de certains systèmes de fibres que d'autres. L'hystérie post-traumatique après commotion violente de la moelle a bel et bien pour substratum réel et non occasionnel ces lésions des fibres nerveuses à myéline qui se propagent si loin, bien qu'on évite de parler d'une déchéance des éléments nerveux et qu'on se rallie à l'idée d'une diminution des fonctions, d'une réduction de l'énergie du travail fonctionnel. P. KERAVAL.

XXX. CONTRIBUTION A LA QUESTION DU POLYMORPHISME DES RÉACTIONS DE DIVERS NERFS OU DE LEURS TERMINAISONS A L'ÉGARD D'UNE MÊME EXCITATION; par M. LEVY-DORN. (*Centralbl. f. Nervenheilk*, XVII, NF. V. 1894.)

Etude de l'excitabilité thermique. On prend pour sujet d'expérience le chat, qui sue, comme on sait fort bien, au niveau des coussinets des pattes. On sectionne un sciatique, on fait passer le bout périphérique de ce nerf par un tuyau mince de cuivre laminé long de 3 centimètres. Si l'on fait arriver dans ce tuyau de l'eau chaude à 49°, on ne tarde pas à voir perler des gouttes de sueur à la paume des pattes du chat; ce premier résultat obtenu, on obtien-

dra les mêmes résultats en employant des températures moindres (47° par exemple); il ne faudra pas monter à plus de 52° sous peine d'altérer le nerf. On constate tout près de la paume de la patte une élévation thermique de la peau, c'est-à-dire une dilatation vasculaire. Il est donc très probable que la dilatation s'étend également aux vaisseaux des glandes sudoripares tant que la sécrétion s'opère, si l'on en juge d'après les glandes salivaires dont la circulation est directement accessible à l'œil. L'intervention de l'action réflexe est écartée, car, après la section du sciatique, on a beau agir violemment sur les centres sudoripares, même par la dyspnée, sur les nerfs sensitifs par la faradisation, on n'arrive pas à faire suer la paume de la patte. On n'obtient pas non plus la sudation quand on met le tuyau calorigène à côté du nerf au lieu d'introduire celui-ci dans celui-là. La chaleur peut donc exciter de vrais nerfs centrifuges et produire ainsi la mise en activité des cellules glandulaires. P. K.

XXXI. De la circulation du sang dans le cerveau pendant les accès d'épilepsie expérimentale; par W. de Bechterew. (*Neurol. Centrabl.*, XIII, 1894.)

Etudes expérimentales de Todorski; après avoir relevé la pression artérielle dans les mêmes conditions (*Neurolog. Centralbl*, 1891; *Archives de Neurologie*), il s'est adressé à la pression veineuse et à celle du liquide céphalo-rachidien, pendant qu'on excite l'écorce de la région motrice du chien au courant induit ou à l'essence d'absinthe. Ces études ont été faites au moyen du manomètre à eau, des ballons et du tambour de Marey ou du manomètre de Welischaïnow. Il en résulte que pendant les accès d'épilepsie, le sang artériel afflue en quantité prodigieuse au cerveau.

P. K.

XXXII. Sur les oscillations périodiques des fonctions de l'écorce cérébrale; par R. Stern. (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, 1, 3, 1895.)

L'auteur a étudié trois malades chez lesquels les opérations intellectuelles, la sensibilité dans tous les modes, la mobilité ne s'exerçaient pas, domme à l'état normal, d'une façon continue, mais présentaient à des intervalles courts, plus ou moins réguliers, *des défaillances*. Pendant ces périodes de défaillance, on constatait une diminution de la sensibilité dans tous les modes, une parésie avec ataxie des muscles de la vie de relation et une diminution de facultés intellectuelles.

Chez tous les malades, ces oscillations se sont montrées à la suite d'une lésion traumatique de la tête. Le premier présentait

au début de signes non douteux d'une lésion cérébrale localisée. Chez les deux autres, on n'observait que des symptômes généraux consécutifs au choc traumatique.

La durée des défaillances variait entre trois et vingt-quatre secondes suivant l'époque de l'examen, la fonction examinée, etc. Les périodes de fonctionnement normal ou *temps intermédiaires* étaient de deux à quarante-quatre secondes.

Un examen du malade pendant un temps intermédiaire ne révélait rien d'anormal; mais si on prolongeait l'examen au delà de la durée de ce temps intermédiaire, une défaillance survenait et on était tout étonné du changement brusque dans les résultats obtenus. Cette défaillance de quelques secondes passée, tout redevenait normal et ainsi de suite.

Il faut remarquer avec l'auteur que ces défaillances n'avaient rien de commun avec ce qu'on désigne sous le nom de phénomènes de fatigue. Pendant les défaillances, la sensibilité tactile, la sensibilité à la douleur, à la chaleur et au froid, le sentiment d'effort, la notion de position étant diminuée ou abolie. Le malade ne sentait pas, par exemple, le contact de la glace.

L'acuité visuelle était très faible et par moments la vue était complètement brouillée « un rétrécissement du champ visuel avec des particularités qui, d'après Charcot, sont caractéristiques de l'hystérie », a été observé et étudié à plusieurs reprises pendant les défaillances.

L'ouïe, le goût et l'odorat étaient très affaiblis; la force dynamométrique, inférieure à la normale; la démarche ataxique. La respiration irrégulière rappelait, par son rythme, celle de Cheyne-Stockes. Les réactions psychiques étaient retardées, les plus simples opérations intellectuelles rendues difficiles, la mémoire défectueuse, la parole embarrassée, l'écriture incertaine et maladroite.

Pas de troubles psychiques, conscience intacte. Pour expliquer les défaillance, l'auteur admet l'hypothèse d'un trouble périodique des fonctions de l'écorce, de nature probablement vasculaire.

Aucun cas de ce genre n'a été publié jusqu'ici, dit l'auteur.

LWOFF.

XXXIII. EXAMEN PAR LA MÉTHODE DE GOLGI DES NERFS INTRA-THYROÏDIENS DANS UN CAS DE GOITRE EXOPHTALMIQUE; par Ch. BONNE.

On s'accorde à considérer les lésions du corps thyroïde comme étant la règle dans la maladie de Basedow : l'état des vésicules et de leur contenu, des travées conjonctives qui les séparent, des vaisseaux lymphatiques, a été étudié par un grand nombre d'auteurs : les nerfs, au contraire, n'ont point encore attiré l'attention, quoiqu'on ait plusieurs fois attribué à l'affection une origine nerveuse. L'auteur, en examinant une glande thyroïde exophtalmique par la

méthode de Golgi, a vu que les nerfs n'y manquent ni plus ni moins que dans une thyroïde saine. Sur certains points, les terminaisons nerveuses sur la paroi d'une même vésicule thyroïdienne étaient plus nombreuses que ne le signale Anderson sur les thyroïdes normales. Autant que permet de le dire la méthode employée, les nerfs paraissaient sains. (*Revue de Neurologie*, septembre 1895.)

E. BLIN.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

I. Contribution a l'étude de la question de la castration; par le Dr Kraemer. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, f. 1, 1895, p. 1-74.)

Dans ce long mémoire, l'auteur étudie la question, si controversée depuis une vingtaine d'années, de la valeur de la castration dans le traitement des maladies du système nerveux. Rarement on a vu des opinions aussi contradictoires : les uns considérant la castration comme indiquée dans nombre d'affections nerveuses et psychiques; les autres déclarant, avec Spencer Wells que l'ovariotomie, pratiquée chez les femmes atteintes d'irritabilité nerveuse, de nymphomanie et d'aliénation mentale, était un « crime contre la société et un déshonneur pour le corps médical ». L'auteur a recueilli dans la littérature plus de trois cents cas d'opérations portant sur les ovaires et sur les annexes entreprises dans le but de guérir des névroses ou des psychoses. De ces trois cents cas, deux cents ont été suivis d'un résultat favorable; cent n'ont donné aucune amélioration, ou seulement une amélioration douteuse, ou même ont eu des conséquences fâcheuses. Il y aurait donc à la suite de l'opération de la castration 70 p. 100 de cas de guérison ou d'amélioration et seulement 30 p. 100 d'échecs, c'est-à-dire que l'intervention chirurgicale réussirait dans les deux tiers des cas. Sans insister sur ces résultats fournis par la statistique, l'auteur fait remarquer qu'il faut tenir compte de la gravité des cas dans lesquels on a eu recours à la castration : il s'agit, le plus souvent, de femmes dont l'état physique et psychique était très compromis et pour lesquelles on avait porté un pronostic défavorable. Les cas de guérison ou d'amélioration — et il en est d'authentiques — sont donc encourageants. En outre, dans un certain nombre de cas désespérés, on sera toujours en droit, en dépit des

insuccès, de faire bénéficier la malade des chances favorables d'une intervention chirurgicale, puisque l'on sait que des troubles nerveux ou psychiques graves ont été guéris ou se sont amendés grâce à un traitement gynécologique. Enfin il ne faut pas fonder sur les résultats de l'intervention des espérances trop vastes; il faut ne pas être trop exigeant. Nombre d'interventions chirurgicales ne déterminent que des améliorations, ou laissent après elles des troubles fonctionnels plus ou moins pénibles, et cependant on ne s'appuie pas sur ces faits pour interdire au chirurgien d'intervenir. Seule l'ovariotomie ne devrait pas être suivie de troubles de ce genre. On oublie que cette opération détermine une ménopause artificielle, qui peut être l'occasion de l'apparition de manifestations nerveuses. On a reproché encore à l'ovariotomie d'avoir transformé des femmes, jusque-là normales, en névropathes, en hystériques, en aliénées, et l'on en conclut que cette opération, qui peut provoquer des psychoses, n'est pas de nature à guérir ces mêmes troubles. Mais on sait que toute opération chirurgicale, et non pas seulement l'ovariotomie, peut déterminer l'apparition de névroses et de psychoses. Il en est de même du shok, de l'action du chloroforme, des émotions dues à l'opération. On a été enfin jusqu'à incriminer l'ovariotomie quand celle-ci avait été suivie, après plusieurs années, d'une psychose. On a prétendu que la castration pouvait, à ce point de vue, avoir de funestes résultats chez les prédisposées. Il est démontré au contraire, par de nombreux exemples, que des femmes prédisposées ont été améliorées ou guéries par l'opération. C'est précisément chez ces prédisposées que la castration peut être utile, en empêchant la conception et les accouchements ultérieurs qui sont souvent chez ces femmes la cause de troubles du système nerveux.

Certains auteurs ont attribué les cas de castration suivis d'échecs à ce fait que l'on avait extirpé les ovaires seulement et non les trompes qui sont, elles aussi, souvent lésées. Cette explication serait confirmée par les cas dans lesquels l'ovariotomie ayant été suivie d'une extirpation des annexes, cette seconde opération a ramené la guérison. Il faut donc en général enlever les annexes.

Il faut tenir compte encore, pour apprécier à leur valeur les échecs que l'on impute à la castration, des cas dans lesquels celle-ci a été pratiquée par suite d'indications erronées.

Les Américains et certains Allemands (Schramm, Schrœder) enlèvent les ovaires même si ces organes ne présentent pas de signes d'altérations : il leur suffit que les troubles génitaux aient joué un rôle dans le développement de la maladie. Les symptômes à eux seuls constituent une indication suffisante. On peut d'ailleurs admettre que des ovaires, sains d'apparence, présentent néanmoins des altérations maladives, à un degré plus ou moins accentué. On

sait aussi que, dans nombre de cas, des organes ne paraissant point altérés ont pu provoquer des troubles nerveux accusés, tandis que des lésions considérables (tumeurs, etc.), sont restées silencieuses.

Certains auteurs ont soutenu que les troubles de l'appareil génital n'étaient que la conséquence d'une psychose, d'un état de souffrance du système nerveux central, qui déterminait des modifications de structure dans les organes génitaux ; ils ont cru devoir par suite condamner non seulement l'ovariotomie chez les aliénées, mais encore tout examen gynécologique.

On n'admet sans doute plus aujourd'hui que l'hystérie ait son siège dans les ovaires, pas plus que l'épilepsie réflexe ou les névroses réflexes n'ont leur siège dans les organes qui provoquent l'accès. Mais il n'en est pas moins vrai que des processus morbides de l'appareil génital et en particulier de l'ovaire, peuvent retentir sur le système nerveux central, et que cette influence périphérique fâcheuse peut être supprimée par l'ablation de l'organe d'où part l'excitation.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il est possible d'invoquer, pour l'expliquer l'apparition d'une psychose, une cause unique. Habituellement les facteurs sont complexes. La prédisposition psychopathique du sujet est sans doute la cause principale, tandis que la maladie de l'appareil sexuel n'est qu'une cause occasionnelle ; mais la thérapeutique doit agir sur ces causes occasionnelles.

On a prétendu que la castration ne déterminait par elle-même ni guérison, ni amélioration : elle agirait par voie psychique. Israël prétend avoir guéri une malade à qui il pratiqua une simple incision abdominale tout en lui disant qu'il avait extirpé les ovaires. Mais Hagar a démontré qu'il n'y avait pas eu guérison.

A quel moment doit-on pratiquer la castration ? La plupart des auteurs recommandent de n'y avoir recours qu'après avoir expérimenté toutes les médications autres, et surtout le massage. Mais dans les cas graves d'hystéro-épilepsie, d'excitation maniaque avec idées de suicide, il faut intervenir rapidement : le massage et les autres procédés thérapeutiques demandent trop de temps pour amener un résultat. Par contre les affections nerveuses deviennent avec le temps de plus en plus rebelles.

L'auteur rapporte cinq observations personnelles. Dans deux cas, il s'agit de jeunes filles hystéro-épileptiques, sans antécédents héréditaires ; chez l'une d'elles les attaques se montrèrent en même temps que la menstruation. Douleur au niveau de l'ovaire chez les deux malades. Chez l'une la pression ovarienne provoque et suspend les attaques. Celles-ci augmentent de fréquence aux périodes menstruelles. Les malades en question étaient sujettes à des attaques syncopales, à des palpitations, des hallucinations,

des idées de persécution et des états passagers d'excitation. Chez l'une on constatait de l'hémianesthésie. La thérapeutique ordinaire ne fut suivie d'aucune amélioration. La castration n'a pas, dans un cas, donné immédiatement des résultats favorables; les attaques augmentèrent même de fréquence, ce qu'il faut attribuer à l'excitation réflexe déterminée par les suites de l'opération. Mais depuis octobre 1891, les attaques ont complètement disparu, le caractère s'est amélioré; la guérison se maintient depuis trois ans. Dans le second cas, les attaques convulsives ont disparu; les attaques syncopales persistent; la douleur ovarienne a presque complètement disparu ainsi que l'hémianesthésie.

La troisième observation est celle d'une femme de vingt-deux ans, non hystérique, sujette à des accès d'excitation maniaque que la menstruation activait. La guérison d'un ulcère du col détermine une amélioration de l'état psychique : la malade est mise en liberté guérie. Huit mois après, la menstruation redevient très douloureuse et provoque un accès d'excitation. Internée de nouveau à l'asile, on lui fait l'ablation des ovaires qui étaient atteints de dégénérescence kystique. La malade sort guérie quatorze mois après l'opération. La guérison se maintient depuis cinq ans.

Le quatrième cas concerne une fille publique syphilitique, habituellement dans la stupeur, et qui au moment des périodes menstruelles s'excite, a des hallucinations et devient agressive. Castration : (ovaires atrophiés et salpingite). Amélioration notable de l'état mental, disparition des accès maniaques. Dans la cinquième observation le résultat a été également favorable.

L'auteur termine par des considérations sur les résultats thérapeutiques à attendre de la castration chez l'homme, dans des cas analogues. P. Sérieux.

II. Traitement de l'épilepsie; par Wulff. (Communication faite au Congrès des médecins aliénistes de Basse-Saxe et de Westphalie, 1er mai 1895, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. 52, fasc. 3.)

L'intervention chirurgicale a été conseillée et mise en pratique non seulement dans l'épilepsie corticale et l'épilepsie symptomatique, mais encore dans l'épilepsie essentielle. On a employé la ligature d'une ou des deux artères vertébrales, l'excision du ganglion cervical supérieur, la trépanation, avec ou sans incision des méninges ou du cerveau, etc. Ces modes de traitement, qui ne sont pas sans dangers, n'ont pas en général donné de résultats.

Il n'en est pas de même des opérations partant sur les organes périphériques dans les cas d'épilepsie réflexe, à condition que l'apparition des accès ne soit pas de date trop ancienne. L'auteur communique deux cas de guérison (résection d'une cicatrice au crâne, — et extirpation d'un fibrome comprimant les nerfs de

l'avant-bras), et deux cas d'amélioration réelle (extirpation d'un polype nasal et opération du phimosis). Mais il convient de faire des réserves au point de vue du pronostic : car, d'une part, on voit parfois les accidents épileptiques disparaître pendant un temps, à la suite d'une opération qui n'a pu intervenir directement sur la cause supposée du mal, d'autre part les faits rapportés ne sont pas tous concluants, faute d'une période d'observation suffisamment longue (plusieurs années).

Pour ce qui est du traitement médicamenteux, l'auteur n'a pas obtenu de résultat par l'emploi de la nitroglycérine, de l'antifébrine, de l'antipyrine, du borax, de l'acide osmique et de ses sels, des injections de substance nerveuse normale, du curare (dangereux par son action sur la respiration). L'hydrate d'amylène n'a pas d'influence sur la marche ordinaire de l'épilepsie, mais il est utile dans l'état de mal, ainsi que le chloral. Les bromures sont encore les agents les plus actifs; la meilleure façon de les administrer consiste à employer le mélange des trois bromures (de sodium, de potassium et d'ammonium) suivant la formule d'Erlenmayer ou celle de Sander (solution gazeuse). Dans l'emploi des bromures le point capital consiste à administrer une dose suffisante (6 à 12 gr. par jour), et à en prolonger l'usage pendant des années (en diminuant de temps à autre les doses). Le chiffre des guérisons est peu élevé (2 p. 100), mais il est rare que le bromure n'ait pas une action favorable. Le bromure d'éthylène serait un médicament efficace et bien toléré; mais sa saveur et son odeur sont désagréables.

En cas d'insuccès par les bromures, on conseille de leur associer la belladone, la fève de Calabar. D'après l'auteur, ce dernier médicament serait sans action, et le premier serait aussi efficace, dans les cas en question, lorsqu'il est employé seul. L'atropine, ou mieux les pilules de Trousseau, sont bien supportées et peuvent être longtemps continuées; c'est un médicament recommandable. Nothnagel leur associe l'oxyde de zinc (de 0,03 à 0,30, trois fois par jour, en augmentant). Récemment Moeli a recommandé d'alterner le bromure de potassium et l'atropine; l'auteur n'a pas d'expérience personnelle sur ce traitement, mais il le croirait volontiers utile. La cure d'opium et de bromure conseillée par Flechsig a donné à l'auteur d'excellents résultats. Sur 19 malades longtemps maintenus en observation, les accès ont cessé dans 5 cas (depuis dix-huit mois dans l'un). Dans certains cas rares, l'opium a été mal supporté; pour les autres malades, l'amélioration a été réelle. (Présentation de courbes concluantes.) Mais ce mode de traitement exige une surveillance constante de la part du médecin. L'auteur conseille en outre un régime diététique spécial (prédominance des végétaux) et le repos absolu au lit. Cette dernière mesure suffit souvent, à elle seule, pour empêcher les accès convulsifs.

Discussion : M. Berkhan. — La période de cessation des accès consécutive au traitement de Flechsig paraît trop brève pour qu'on puisse parler de guérison. Dans les observations communiquées, cette période va de quelques mois jusqu'à vingt mois. Or on voit nombre d'épileptiques rester sans accès à la suite de divers traitements et même sans traitement. Il ne faut prononcer le mot de guérison que quand le malade est resté au moins cinq ans sans accès.

Au point de vue du régime il faut rappeler que, d'après Cheyne, un médecin épileptique a pu rester quatorze ans sans avoir d'accès, en prenant pour toute nourriture quatre litres de lait et quatre petits pains par jour. La guérison a été définitive.

Pour ce qui est de l'acné bromique, il faut savoir que le bromure de potassium est souvent impur (chlorure de potassium), et n'employer que du bromure purifié. P. Sérieux.

III. Observation d'empoisonnement par le trional; par E. Hecker (*Centralbl. f. Nervenhek;* N.F.V., 1894.)

L'intoxication eut lieu à la suite de l'absorption quotidienne de 1 gr. 50 du médicament, pendant trente-six jours; donc total 54 grammes. Elle se traduisit par des apparences intellectuelles et physiques extrêmes de la démence paralytique. La suppression du médicament fit disparaître les accidents. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 27 janvier 1896. — Présidence de MM. Moreau et Charpentier.

M. P. Moreau passe en revue les principaux travaux de la Société, au cours de l'année écoulée et cède ensuite le fauteuil de la présidence à M. Charpentier qui se félicite d'avoir été appelé à diriger des discussions toujours intéressantes et empreintes de cordialité.

M. P. Garnier exprime ses remerciements à ses collègues qui l'ont choisi pour vice-président.

Une page de l'éloge de Gubler à l'Académie.

M. Motet donne lecture d'une page de l'éloge de Gubler prononcé par M. Bergeron à l'Académie de médecine. L'éloquent secrétaire perpétuel y rappelle en termes élevés la tentative d'homicide dont Gubler avait été victime de la part d'un aliéné persécuté qu'il accompagnait en Italie.

A ce sujet M. Motet fait remarquer que les félicitations adressées en cette occasion du haut de la tribune de l'Académie aux médecins aliénistes, sont une légitime compensation aux attaques d'une certaine presse qui les prend souvent à partie. M. B.

ASILES D'ALIÉNÉS.

L'INTERNAT DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. NÉCESSITÉ DE SA RÉORGANISATION [1];

Par le Dr Paul SÉRIEUX,

Ancien interne des Asiles d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint à l'Asile de Villejuif.

Examinons maintenant de quelles améliorations serait susceptible l'organisation actuelle de l'internat des asiles d'aliénés de la Seine.

Le principe de recrutement des internes par le concours ne nous paraît point devoir être discuté. Comment, autrement, apprécier la valeur des candidats, comment fermer la porte à l'arbitraire, aux recommandations, au népotisme [2]? Ce concours doit-il rester un concours distinct, ou doit-il fusionner avec celui de l'internat des hôpitaux? M. Bourneville demande

[1] Voir *Archives de Neurologie*, n° 2.

[2] On a protesté dans ces derniers temps contre l'admission des étrangers au concours de l'internat des asiles : nous ne saurions trop nous élever contre l'esprit de protectionnisme à outrance qui a dicté ces protestations.

depuis longtemps que les internes des asiles soient fournis par l'Assistance publique et appartiennent au corps de l'internat des hôpitaux. Nous connaissons les desiderata nombreux auxquels doit donner satisfaction l'organisation dans les établissements d'aliénés d'un corps d'assistants compétents et stables. Nous avons parlé des qualités professionnelles et du noviciat prolongé nécessaires. Les considérations dans lesquelles nous sommes entrés nous empêchent, sans parler des critiques formulées par Girard de Cailleux, de nous rallier à la modification réclamée par M. Bourneville. Celle-ci nous paraît de nature à donner des résultats encore plus défectueux que le maintien du *statu quo*. Elle augmenterait cette instabilité des internes dont on se plaint tant aujourd'hui. Les asiles de la Seine, surtout ceux situés dans le département de Seine-et-Oise, deviendraient le refuge des derniers de chaque promotion, ou des internes provisoires. Ceux-ci n'auraient qu'un désir : sortir d'exil, rentrer à Paris où la préparation du concours des hôpitaux leur serait plus facile. Il en résulterait de continuelles mutations fort préjudiciables.

Le concours de l'internat des asiles doit donc rester un concours *spécial*. Mais certaines modifications sont indispensables. La première concerne le nombre des inscriptions exigées des candidats. Au début de l'institution du concours, ces derniers devaient être pourvus de seize inscriptions ; plus tard, on n'en a plus exigé que douze. Actuellement, on admet les candidats ne possédant que huit inscriptions. L'article, 54 du Règlement ministériel du 20 mars 1857 a cependant spécifié que les élèves internes doivent avoir au moins dix inscriptions, et être âgés de vingt-un ans au moins. Les inspecteurs généraux du service des aliénés [1] considèrent avec raison ces conditions comme insuffisantes : ils demandent que les candidats aient pris douze inscriptions de doctorat et soient âgés d'au moins vingt-deux ans [2]. C'était d'ailleurs le chiffre réclamé par Esquirol, en 1832, pour les internes de Charenton [3]. Admettre aux épreuves du

[1] *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en* 1874, par les inspecteurs généraux du service, MM. les Drs Constans, Lunier et Dumesnil. Paris. Imprimerie nationale, 1878.

[2] A Charenton, et dans nombre d'asiles de province (Armentières, Dury, etc.), on exige douze inscriptions des candidats aux places d'interne.

[3] Esquirol. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1838.

cncours de l'internat des étudiants à huit inscriptions, c'est, nous pensons l'avoir démontré, aller au-devant d'un grand nombre d'inconvénients. Afin de les éviter, il serait nécessaire, à notre avis, d'exiger des candidats seize inscriptions, c'est-à-dire quatre années d'études, et d'autoriser les docteurs en médecine à prendre part au concours [1].

Les *épreuves* du concours consistent actuellement en une épreuve écrite de trois heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, et en une épreuve orale de quinze minutes sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe. Il serait à désirer que l'épreuve écrite portât, non seulement sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, mais en outre sur une question de pathologie mentale.

Nous arrivons à des réformes plus importantes, qui répondent à la nécessité sur laquelle nous avons insisté, de relever la situation faite aux internes, d'étendre leurs attributions, bref de transformer dans la mesure du possible les « élèves internes » (c'est le nom que leur donne le Règlement), en assistants docteurs en médecine. Dans ce but, on peut, non pas imiter servilement ce qui se fait à l'étranger, mais s'inspirer de l'organisation libérale dont nous avons montré les résultats favorables.

[1] « Il y a tout avantage, disent les inspecteurs généraux du service des aliénés, à ce que les internes soient pourvus du diplôme de docteur : ils n'ont plus à s'occuper d'examens, et ils peuvent consacrer tout leur temps au service qui leur est confié. »

M. le Dr Sorel (du Havre) a récemment proposé dans le *Progrès médical*, d'exiger de tout candidat à l'internat des hôpitaux le titre de docteur en médecine. Les considérations dans lesquelles entre l'auteur sont tout à fait applicables à l'internat des asiles de la Seine. Grâce à cette mesure, dit M. Sorel, on sera sûr, par les nombreuses épreuves subies dans les Facultés, que l'instruction des internes est suffisante, qu'ils ont cinq à six ans de médecine. « Le concours ne sera pas encombré de jeunes gens de deuxième ou troisième année, et on ne verra pas des internes nommés au concours, grâce au hasard de la question, arriver dans un service... pour la première fois de leur existence avec le titre d'interne. Ceux qui auront ce titre seront donc à même d'en remplir la fonction. Les candidats étant moins nombreux, le concours sera moins long, et les candidats, ayant satisfait à la loi militaire, auront tout le temps nécessaire pour le bien préparer. Enfin, il est une dernière considération qui a une très grosse importance : les élèves des écoles de province pourront y prendre part, sans avoir interrompu le cours de leurs études en province. Les mesures de décentralisation, si urgentes pour la Faculté de Paris, ne seront pas contrecarrées par l'organisation du concours de l'internat. »

Une première mesure s'impose. Il faut revenir purement et simplement à l'application de l'article 89 du Règlement ministériel de 1857, qui spécifie « que les internes restent en exercice « pendant trois ans, mais qu'une prolongation de la durée de « l'internat pour une ou plusieurs années, peut être accordée « par le préfet, sur la demande du directeur et du médecin en « chef ». Cette disposition très sage a été laissée de côté par la commission chargée d'organiser le mode de recrutement des internes des asiles : nous le regrettons. Il semble qu'on ait voulu calquer aussi exactement que possible le concours de l'internat des hôpitaux. Mais ces deux internats ne sont nullement comparables, et cette imitation trop fidèle n'a point été heureuse et ne pouvait pas l'être, pour les raisons exposées plus haut.

En autorisant à proroger de quelques années la durée des fonctions des internes, on permettra à ceux de ces jeunes médecins qui s'intéressent à l'étude des maladies nerveuses et mentales, de prolonger leur séjour dans les riches services de nos asiles. Ils pourront ainsi y poursuivre des recherches de longue haleine et s'y initier aux difficultés que présentent le diagnostic, le pronostic, le traitement de la folie.

Une mesure utile serait de fixer à deux années la durée des fonctions des internes, en spécifiant qu'à l'expiration de cette période, ceux-ci seraient susceptibles d'être investis de nouveau pour deux années, sur la demande des médecins dans le service desquels ils seraient désireux d'entrer ou de rester[1]. Après la quatrième année, ils pourraient être encore autorisés à faire une cinquième et une sixième année d'internat. Cette prolongation facultative de la durée de leurs fonctions aurait l'avantage précieux de stimuler leur zèle en faisant dépendre des chefs de service qui auraient été à même de les apprécier une nouvelle investiture pour deux années.

L'article 89 du Règlement ministériel et le Règlement de l'internat des asiles de la Seine spécifient : que « les internes peuvent se faire recevoir docteurs pendant leur internat sans être forcés de renoncer à leurs fonctions ». Seuls devraient être appelés à bénéficier d'une prolongation, les internes qui auraient passé leur thèse. Une fois docteurs, et nommés pour une nouvelle période, leurs attributions pourraient être éten-

[1] Le cas échéant, un concours sur titres pourrait être organisé.

dues, leur traitement augmenté. Ils échangeraient leur titre d'interne contre celui d'assistant. De plus, à la fin de la quatrième année, l'assistant devrait pouvoir être chargé plus spécialement d'une section du service. M. le Docteur A. Marie a exprimé des vœux analogues :

« Pourquoi, dit-il, les internes les plus anciens, docteurs en « médecine, ayant passé un concours spécial d'internat, et fait une « thèse dans la spécialité, ne seraient-ils pas, après examen de « leurs titres et de leurs états de services, appelés à des fonctions « plus actives (signature de certificats, etc.), que la loi les auto- « rise à exercer comme docteurs en médecine? Ces assistants, « internes transformés, seraient simplement prorogés pour quatre « années de services nouveaux, auprès de chefs qui auraient pu « les apprécier; après quoi, ayant parfait leurs études, ils pour- « raient passer médecins adjoints, au lieu qu'actuellement, l'in- « terne qui concourt directement pour l'adjuvat n'a aucun béné- « fice à être reçu de bonne heure, ni dans un bon rang. Il est, en « effet, exposé à être expédié prématurément loin de tout centre « d'études, privé de tout moyen de travail scientifique (bibliothèque, « laboratoire, etc.); il court grand risque de voir son activité « s'éteindre comme la flamme dans le vide[1]. »

Nous avons montré plus haut que la solution du problème de l'organisation du service de l'internat était tout entière dans la création d'un corps d'assistants s'intéressant aux études de psychiatrie. La réforme que nous défendons nous paraît appelée à fournir, à ce point de vue, les résultats les plus heureux. Mais d'autres mesures encore seraient utiles. Il conviendrait de supprimer l'interdiction, actuellement en vigueur, de rester plus de deux ans dans le même service, et de tenir compte aux assistants de leur ancienneté en leur allouant un traitement de plus en plus élevé suivant le nombre de leurs années de service[2]. Le logement des internes, souvent défec-

[1] Marie, *loc cit.*, p. 20.

[2] A la Maison nationale de Charenton, le traitement des internes, nommés pour trois ans, est de 1,500 francs la première année, 1,600 francs la seconde, et 1,700 francs la troisième. En dehors de l'interne de garde qui est nourri et logé, les internes ont droit au déjeuner.

Actuellement, le traitement des internes des asiles est de 1,100 francs dans les asiles extra-muros, de 800 francs à l'asile clinique (Sainte-Anne) où la plupart n'arrivent que la dernière année. Les internes des hôpitaux reçoivent une indemnité variant suivant leur ancienneté : 600 francs en première année, 1000 francs en quatrième année.

tueux, devrait être amélioré[1]. Le concours pour la bourse de voyage devrait avoir lieu tous les deux ans régulièrement, entre les assistants ayant au moins trois ans de service dans les asiles.

Ajoutons qu'il à aurait de grands avantages à étendre aux internes des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Selpêtrière, ainsi qu'à ceux de la maison nationale de Charenton, le mode de recrutement et la prorogation de la durée des fonctions que nous réclamons pour les internes des asiles de la Seine et de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de police[2].

Un même concours pourrait servir à recruter les internes de tous les asiles d'aliénés de l'agglomération parisienne, que ces établissements relèvent du département, du ministère de l'intérieur, de la préfecture de police ou de l'Assistance publique de la Ville de Paris. On obtiendrait ainsi un corps d'assistants ayant parfait leur instruction médicale, et possédant une grande compétence. Les malades seraient suivis de plus près, partant mieux traités; les familles seraient mieux renseignées, les chefs de service mieux secondés par des collaborateurs présentant des garanties spéciales. Ce corps d'assistants deviendrait, en outre, une pépinière d'aliénistes instruits; et, qui sait, peut-être nous serait-il donné de voir renaître en France le goût des études de psychiatrie[3]?

[1] On s'est demandé, à diverses reprises, s'il ne conviendrait pas de loger les internes en dehors de l'asile. Nous ne croyons pas utile de discuter cette proposition : il suffit de connaître les exigences médicales d'un service d'aliénés, de savoir quelles sont, et surtout quelles devraient être les attributions des internes, pour ne point s'arrêter à pareil projet. Dans divers asiles étrangers, les assistants sont logés dans les pavillons des malades tranquilles. M. le professeur Rieger demande (*loc. cit.*) que ces médecins aient leur logement dans les pavillons de traitement, près de la « salle de surveillance continue » et qu'ils soient obligés, par la disposition même des locaux, de traverser cette salle pour pénétrer dans leur logement. Cette arrivée fréquente et inattendue du médecin vaut mieux que toutes les « visites « et « contre-visites » du règlement.

[2] M. Bourneville défend depuis longtemps une idée analogue : il estime qu'il serait plus pratique et plus économique de condenser en un seul, les concours distincts des asiles de la Seine, de la Maison de Charenton, et des asiles nationaux de Vincennes et du Vésinet.

[3] D'éminents aliénistes émettent sur l'état actuel de notre science spéciale dans notre pays des réflexions fort pessimistes.

« La France, déclare M. Chambaud, aurait aujourd'hui bien besoin d'aliénistes pour relever aux yeux de l'étranger la science et l'enseignement de la psychiatrie auxquels elle a servi de berceau ». (*Essai critique*

. Résumons en quelques propositions les modifications que nous venons d'exposer :

1° Nomination au concours des internes de *tous* les établissements d'aliénés du département de la Seine (asiles départementaux et autres). Ce concours sera *spécial*, et *unique* pour tous les établissements ;

2° Pourront prendre part au concours, les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions prises dans une Faculté française et les docteurs en médecine, âgés de moins de trente ans;

3° L'épreuve écrite de trois heures devra porter, non seulement sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux, mais encore sur un sujet de pathologie mentale ;

4° Limitation de la durée des fonctions d'interne à deux années.

A l'expiration de leurs fonctions, les internes qui auront passé leur thèse pourront, sur la demande de leurs chefs de service (et en cas de besoin, à la suite d'un concours sur titres). être nommés assistants pour une période de deux années. Cette période accomplie, ceux-ci pourront être autorisés à accomplir une cinquième et une sixième années;

5° Suppression de l'interdiction de rester plus de deux ans dans le même service;

6° Augmentation progressive du traitement des assistants et extension de leurs attributions suivant leur ancienneté.

Ces modifications dans l'organisation actuelle de l'internat des asiles, nous les estimons urgentes et indispensables. Elles donneront satisfaction aux exigences du traitement des alliénés. Elles assureront à l'administration des internes adaptés à leurs fonctions spéciales et parmi lesquelles pourront être recrutés des médecins compétents. Elles fourniront aux chefs de service des collaborateurs expérimentés, à la

sur l'organisation médico-administrative du service des aliénés. Annales méd. psycholog., janvier, 1890, p. 71.)

« *La psychiatrie française se meurt*, tel est le cri, dit M. Marandon de Montyel, qui, d'année en année, retentit avec plus de force. De quoi donc est-elle atteinte? Comment, lorsqu'elle a eu dans nos pères et nos grand'pères des travailleurs si opiniâtres, des producteurs si féconds, sommes-nous arrivés à ce degré d'inertie et de stérilité? Nous y sommes arrivés par le recrutement et l'organisation du personnel médico-administratif. » (*Du personnel médico-administratif des asiles et de son recrutement.* Annal. méd. psycholog., novembre, 1890, p. 403.)

hauteur de leur tâche. Ajoutons que les plus importantes de ces mesures peuvent être réalisées sans grever le budget. Ces considérations sont-elles suffisantes pour obtenir une réforme ? Est-ce avoir trop de confiance dans l'esprit d'initiative et le désir de progrès de notre époque que d'espérer voir accueillir favorablement les critiques que nous nous sommes permis d'émettre ?

Le travail très intéressant de M. P. Sérieux mérite d'attirer l'attention de tous ceux qui s'occupent de l'organisation des asiles d'aliénés et en particulier de l'Administration qui pourrait s'en servir de base pour une communication à la Commission de surveillance des asiles de la Seine. Personnellement, nous sommes d'accord avec M. Sérieux sur la plupart des points. Par exemple, la faculté laissée aux internes de passer leur thèse tout en continuant leurs fonctions et sur la prolongation des années d'internat dans de certaines conditions à déterminer, etc. Toutefois, nous ne partageons pas son avis sur l'adjonction d'une question de pathologie mentale à l'épreuve écrite. C'est déjà trop d'avoir limité l'épreuve d'anatomie au système nerveux. Ce que le concours doit nous apprendre, c'est si les candidats parmi lesquels on va choisir les internes ont des connaissances sérieuses en médecine et non pas s'ils sont déjà des spécialistes en aliénation mentale.

B.

BIBLIOGRAPHIE.

II. 34e *Rapport sur l'asile du district de Stirling, à Larbert*; par le Dr Macpherson. (*Striling district-lunacy Board*, mai 1894.)

Rapport suggestif en ce sens que, dans un asile de 504 malades, le superintendant a réalisé un desideratum que nous poursuivons en France depuis Esquirol sans y arriver. Dans l'asile que nous avions visité en 1890, on a construit un véritable hôpital de traitement pour les aliénés aigus curables, servant en même temps de quartier d'admission et d'observation. Le service médical et la surveillance y sont particulièrement complets et l'action thérapeu-

tique s'y concentre sur les cas diagnostiqués curables. Le reste de l'asile, sections de chroniques et de classement, asile-ferme, placements familiaires, annexe, assure avec les sorties par guérison le désencombrement de l'hôpital ainsi réalisé; c'est le dédoublement dans le même asile des services aigus et chroniques, dédoublement réclamé par Esquirol en 1817 et par le projet de loi Roussel, en 1878.

Dr A. Marie.

VARIA.

Asiles d'idiots en Allemagne.

I. *Rapport sur les établissements d'idiots en Allemagne.* — L'auteur M. Krayatsch a été chargé, par l'assemblée provinciale de la Basse-Autriche de visiter les établissements d'Allemagne afin de recueillir les documents nécessaires à la création d'un établissement d'arriérés comme annexe de l'asile provincial de Kierling-Gugging. M. Krayatsch s'est préoccupé, dans son voyage, de la constitution matérielle des asiles, de l'aménagement des locaux, des résultats fournis par l'expérience de leurs directeurs, plus que de l'étude du côté pédagogique de la question. Il a rédigé un questionnaire très complet d'après les travaux de G. Brandes : *Idiotie et asiles d'idiots;* d'A. Erlenmeyer : *Les asiles d'aliénés et d'idiots de Suisse;* de Knapp : *Rapport sur les asiles d'idiots*; *Rapport sur les établissements d'idiots et de sourds-muets;* de L. Pfleger : *L'idiotie et les asiles d'idiots.*

L'auteur a visité 14 établissements dont 9 consacrés aux idiots, 2 aux crétins et 3 aux épileptiques. Les débuts de l'assistance des arriérés et faibles d'esprit en Allemagne ont été modestes. Ces sujets étaient recueillis et élevés dans des établissements dus à l'initiative privée, surtout à celle des clergés catholique et protestant. Il y a environ trente-trois ans, par exemple, un instituteur autrichien recueillait 2 idiots : aujourd'hui l'établissement fondé par lui compte 250 pensionnaires répartis suivant le sexe, l'âge, l'état mental, l'éducabilité, et une colonie de 50 sujets.

L'expérience acquise dans les établissements privés, et la loi prussienne du 11 juillet 1891 qui rend obligatoire l'assistance des idiots et des épileptiques comme celle des sourds-muets et des aveugles, firent sentir la nécessité de créer des asiles pour l'hospitalisation et l'éducation des idiots de tout âge. Dans le royaume de Saxe, pour remplacer le quartier d'idiots fondé à Hubertusburg en 1844, on a

ouvert en 1889 les asiles de Gross-Hennersdorf pour les garçons et de Nossen pour les filles. La ville de Berlin possède une école d'idiots annexée à l'asile de Daldorf, et une école d'épileptiques annexée à la colonie d'épileptiques de Bisdorf.

Il est indispensable d'avoir une bonne statistique des idiots celle-ci n'existe pas en Prusse. Il faut donc se contenter des chiffres obtenus en Danemark, dans le Wurtemberg et dans le canton de Zurich, qui donnent la proportion d'un arriéré pour 500 habitants ; la sixième partie de ces arriérés doit être hospitalisée. On peut, dans les provinces peu populeuses, réunir ensemble idiots et épileptiques; mais dans les grands centres, il est préférable de séparer ces deux catégories de sujets, dans la mesure du possible. L'éducation des faibles d'esprit est une œuvre essentiellement médicale ; les asiles spéciaux d'idiots doivent donc être dirigés par un médecin.

Certains auteurs ne considèrent pas comme indispensable la création d'établissements autonomes et proposent d'annexer les colonies d'idiots à un asile d'aliénés, comme on l'a fait à Berlin et à Paris. D'autres réclament la réunion de tous les idiots et épileptiques dans de grands établissements, où une section d'éducation médico-pédagogique serait réservée aux enfants idiots et épileptiques. Avant tout, il faut s'occuper des idiots éducables et pour cela attacher plus de prix à l'éducation qu'à l'instruction.

Il faut aussi bien définir l'idiotie et considérer comme « idiots » tous les sujets atteints de maladies mentales caractérisées par un état de faiblesse intellectuelle congénitale ou acquise dans le jeune âge. On distinguera : *a*) l'idiotie avec hydrocéphalie ; *b*) l'idiotie avec microcéphalie ; *c*) l'idiotie par arrêt de développement ; *d*) l'idiotie avec sclérose cérébrale ; *e*) l'idiotie consécutive à la méningite ; *f*) l'idiotie avec myxœdème [1].

Asile de Dossen (royaume de Saxe). — Cet établissement, fondé en 1889, est destiné aux arriérées du sexe féminin, non épileptiques, âgés de cinq à quinze ans. Population : 160 malades, dont 80 sont éducables, 40 susceptibles d'être occupées et 40 inéducables. Les enfants non éducables sont au nombre de 12 à 14 par section, sous la surveillance de deux infirmières ; la chambre de réunion qui est réservée à chaque section sert aussi de réfectoire. Les dortoirs sont aménagés d'une façon très simple ; ils possèdent jusqu'à 20 lits. Des salles-lavabos leur sont annexées ; chaque malade a sa cuvette, sa serviette, etc. Les enfants éducables et ceux qui travaillent prennent chaque semaine un bain de propreté ; ceux qui sont inéducables prennent deux fois par semaine un bain salé en outre du bain de propreté. On réclame des cabinets d'aisance plus nombreux que ceux qui existent, car les enfants doivent y être conduits en groupe

[1] Ce sont là des distinctions que nous avons établies depuis longtemps. (B.)

plusieurs fois par jour. Dans les sections d'hospitalisation, il y a des chaises percées avec de la tourbe. De vastes et larges corridors servent de promenoir et de salle de récréation en cas de mauvais temps.

Les enfants éducables sont au nombre de 20 par section (2 infirmières). Comme régime alimentaire, on donne aux enfants un demi-litre de lait, de la viande de bœuf, des fruits, du beurre, du lard. Les salles d'école sont tout à fait analogues à celles des écoles primaires : les murs sont décorés de cartes, de gravures, etc.

Les enfants sont répartis en 8 classes. Le personnel enseignant se compose d'un instituteur en chef, d'un instituteur, de 5 surveillantes diplômées et de 24 infirmières, ayant passé par l'école d'infirmières de Huberturburg. Le traitement des infirmières est de 34 à 44 francs par mois ; elles couchent dans le dortoir des enfants et prennent leur repas avec ces dernièrs. Les travaux de couture, de jardinage de cuisine, font partie de l'éducation. L'auteur reproduit l'emploi du temps d'après le règlement de la maison. (Krayatsch, *Jahrbücher f. Psychiatrie*, t. XIV, f. 1 et 2, 1895.) P. Sérieux.

II. *Asile de Gross-Hennersdorf* (royaume de Saxe). — Cet établissement a été créé par l'Etat pour recevoir les enfants arriérés du sexe masculin, âgés de cinq à quinze ans, à l'exclusion des épileptiques. La population était en 1894 de 243 garçons. A l'asile, installé dans un ancien établissement de correction, à 3 étages, est annexé un domaine cultural de 21 hectares, exploité par les enfants. Les sujets éducables sont répartis dans trois dortoirs de 60 lits, un de 40 et un de 30 ; leur réfectoire comprend 160 places, avec des tables de 12 à 16 places ayant chacune 2 infirmiers. Pour les enfants gâteux, 2 salles de 20 lits, une salle pour 10 enfants alités et une salle de bain. En outre des ateliers et des écoles il existe des chambres de réunion. Murs peints à l'huile. Fenêtres fermant à clef. Lits en bois, de trois grandeurs, avec balustrades latérales mobiles. On se plaint des dimensions exagérées des dortoirs et l'on réclame des chambres à coucher pour 14 à 16 enfants avec 2 infirmiers. Chaque enfant a sa cuvette, ce qui a nécessité de vastes salles-lavabos. Distribution d'eau chaude et d'eau froide. Baignoires nombreuses. Les gâteux prennent un bain chaque jour. On oblige les enfants à prendre soin de leurs dents.

Les cabinets sont simples, sans chute d'eau. On insiste sur la nécessité d'avoir des cabinets nombreux (1 pour 10) ; les enfants doivent y être conduits après l'école, après le travail et après chaque repas[1]. Dans les dortoirs et dans les sections il y a des cabinets avec tourbe. — Même régime alimentaire qu'à l'asile de Dossen.

Les infirmiers dorment, mangent, jouent et travaillent avec les enfants. Lavage des mains et de la figure avant chaque repas. On

[1] Même pratique à Bicêtre, où cabinets et lavabos sont très multipliés.

emploie de préférence les enfants aux travaux des champs. En 1894, on a compté, en moyenne, par jour, 50 enfants hospitalisés, 80 suivant les cours de l'école et 113 travailleurs.

Dans le courant de l'année, il y a eu 5 décès sur une population de 230. A l'âge de quinze ans, et parfois de dix-huit ans, les pensionnaires sont mis en liberté ou envoyés dans un asile en cas d'incurabilité. On cherche à leur trouver du travail, autant que possible dans les environs de l'asile. On a fait l'essai d'envoyer les enfants par groupe de 14, comme journaliers dans une fabrique sous la surveillance d'un infirmier. — Le règlement de l'asile est annexé au travail. (Krayatsch. *Visite des asiles d'idiots d'Allemagne*, Jahrbücher f. Psychiatrie, t. XIV, f. 1 et 2.) P. Sérieux.

III. *Etablissement municipal d'idiots annexé à l'asile berlinois de Dalldorff.* — Population (24 juin 1894) : 133 garçons, 76 filles. Les bâtiments, au nombre de deux (un pour chaque sexe), ont été construits spécialement en vue de leur destination. Ils sont reliés par des galeries couvertes. Les salles des deux divisions des garçons et des filles sont disposées sur le même plan ; elles donnent toutes sur un large corridor (système du corridor). Les dortoirs ont 5 mètres de large, 12 de long et 4 de haut : ils contiennent chacun 14 lits. Un infirmier et un instituteur couchent dans chacun d'eux. Lits en fer, avec parois latérales mobiles, en bois et tablette mobile pour les vêtements; matelas de crin, couverture de laine. Le parquet et les murs sont peints à l'huile. La salle de bains, contiguë aux dortoirs, contient, pour chaque sexe, 6 baignoires et un appareil pour bains de vapeur. Les enfants prennent également des bains d'eau courante. Le réfectoire (largeur : 10 mètres, hauteur 4 mètres, longueur 15 mètres) est éclairé par 5 grandes fenêtres. Chaque section d'enfants a sa table, le repas a lieu sous la surveillance d'un infirmier par table. Prières avant et après le repas. Les enfants paralysés, infirmes, prennent leur repas dans la salle de réunion de leur section. Chaque section comprend, outre le dortoir précédemment décrit pour 14 enfants, une salle de réunion et une salle bien éclairée renfermant les cabinets d'aisance, une baignoire. L'infirmerie est complètement isolée, au second étage : salles de 10 lits, où les deux sexes sont réunis, où couchent les infirmières. Dans un large corridor s'ouvrent une salle de bains avec closet, l'office et deux chambres d'isolement. Population (juin 1894) : 11 garçons, 6 filles. Les sujets atteints de maladies contagieuses sont isolés et quand le diagnostic est confirmé, sont envoyés à l'hôpital municipal.

Les salles d'école sont grandes et bien éclairées. Chaque enfant a un pupitre adapté à sa taille. Les murs des salles sont décorés de tableaux. Il y a 6 classes.

Les enfants sont en outre employés dans des ateliers de reliure, de menuiserie, de cordonnerie, de vannerie ; ils s'occupent égale-

ment aux travaux agricoles et aux soins du ménage. Les ateliers, sont dans le sous-sol. Le revenu du jardin est d'environ 700 marks par an. Une fois leur éducation terminée, les enfants sont placés comme journaliers ou manœuvres : la ville paye 20 marks par mois pour leur entretien et leur éducation. Ils sont visités au moins 2 fois par an par un inspecteur. Les sujets infirmes ou excitables sont transférés à l'asile d'aliénés; les indigents sont confiés à l'assistance publique. Le personnel se compose de 1 inspecteur, 4 instituteurs, 3 institutrices (dont une pour l'enseignement professionnel). Pour les filles et les jeunes garçons on emploie des infirmières, pour les garçons plus âgés des infirmiers. Il y a 1 infirmier pour 9 enfants.

Régime alimentaire : le matin, café au lait avec pain ; à midi, un plat de viande avec légumes ; au goûter, café au lait avec pain ; le soir, soupe et collation. Le personnel a le même régime alimentaire, mais reçoit en plus de la bière. L'auteur reproduit le règlement très détaillé de l'asile d'idiots de Dalldorf. (Krayatsch. *Reisebericht über die Besuche einiger deutscher Idioten anstalten*. Jahrb. f. Psychiatrie, t. XIV, f. 1, 2 [1].) P. Sérieux.

Congrès de médecine mentale et nerveuse.

Le septième Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira le samedi 1er août, à Nancy, sous la présidence de M. le Dr Pitres, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Le programme comprendra : I. Questions à discuter : 1° Pathologie mentale. Pathogénie et physiologie pathogénique de l'hallucination de l'ouïe; rapporteur, M. J. Séglas. — 2° Pathologie nerveuse. De la séméiologie des tremblements; rapporteur, M. Souques. — 3° Législation. De l'internement des aliénés dans les établissements spéciaux. Thérapeutique et législation; rapporteur, M. Paul Garnier. II. Lectures, présentations, travaux divers. — III. Excursions, visite de l'Institut anatomique, de l'Asile de Maréville et de ses nouveaux pensionnats, banquet. — IV. Impression et distribution du volume du Congrès. — Prix de la cotisation : 20 francs.

Adresser dès maintenant les inscriptions et toutes communications à M. le Dr Vernet, médecin en chef à l'asile de Maréville, secrétaire général du Congrès.

Daniel Hack Tuke.

La mort du Dr Daniel Hack Tuke a laissé un vide considérable

[1] Nos lecteurs trouveront des renseignements détaillés sur les asiles consacrés à cette question dans notre volume intitulé : *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots et dégénérés*, t. IV de la *Bibliothèque d'éducation spéciale*. (B.)

et des regrets profonds dans les rangs des aliénistes anglais. M. Ireland s'est fait, dans le journal dont le médecin qui vient de disparaître était le rédacteur en chef, l'interprète de ces regrets. Il a retracé avec éloquence la carrière de Hack Tuke, et en termes élevés il a montré la grandeur et la noblesse de cette vie laborieuse. (*The Journal of mental Science*, juillet 1895.) R. M. C.

CONCOURS D'ADMISSIBILITÉ AUX EMPLOIS DE MÉDECINS-ADJOINTS DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS, INSTITUÉ PAR L'ARRÊTÉ MINISTÉRIEL DU 18 JUILLET 1888.

Ainsi que l'annonçaient des avis insérés aux numéros du *Journal Officiel* des 23, 30 janvier, 6 et 11 février 1896 et dans les recueils des actes administratifs des préfectures du chef-lieu de chacune des régions déterminées par l'arrêté ministériel du 14 avril 1894, un concours d'admissibilité aux emplois de médecins-adjoints des asiles publics d'aliénés aura lieu à Lille, à Lyon et à Montpellier le 5 mai prochain; à Toulouse, le 8 mai; à Paris, à Bordeaux et à Nancy, le 11 du même mois.

Le nombre de ceux des candidats ayant subi l'examen avec succès, qui pourront être déclarés admissibles est fixé à six pour la région de Paris, à cinq pour celle de Lille et à trois pour chacune des régions de Lyon, Bordeaux, Nancy, Montpellier et Toulouse.

Les docteurs en médecine satisfaisant aux conditions énumérées dans les avis publiés aux dates ci-dessus rappelées et qui désirent subir les épreuves du concours devant le jury qui fonctionnera dans l'une ou l'autre de ces régions, devront adresser leur demande, sur papier timbré, au ministère de l'Intérieur, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, premier bureau, de manière à ce qu'elle y soit parvenue dans la journée du 10 avril prochain, avant cinq heures, dernier délai de rigueur.

Cette demande, qui devra indiquer la région dans laquelle le candidat veut subir le concours, devra être accompagnée des pièces ci-après : 1° acte de naissance; 2° certificat constatant que le candidat a accompli le stage d'une année au moins, soit comme interne dans un asile public ou privé consacré au traitement de l'aliénation mentale, soit comme interne nommé au concours dans un hôpital; 3° diplômes, états de services, distinctions obtenues.

Les candidats qui seront autorisés par le ministre de l'Intérieur à prendre part au prochain concours en seront prévenus officiellement et recevront également les indications nécessaires au sujet du lieu où siégera le jury d'examen et de l'heure à laquelle ils devront se présenter.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Promotions et nominations* : M. le Dr Bresson, directeur-médecin de l'asile Saint-Pierre, est élevé à la classe exceptionnelle (15 décembre 1895): M. le Dr Charron, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul, est élevé à la classe exceptionnelle (19 décembre 1895); M le Dr Jousand, directeur-médecin de l'asile de Bron, est promu à la 1re classe (19 décembre); M. le Dr Finaigron est nommé médecin-adjoint de l'asile de Lesvallec (30 décembre); M. le Dr Thivet, médecin-adjoint à l'asile de Blois, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares (8 janvier) ; M. le Dr Marie, médecin-adjoint à Dun-sur-Auron, est nommé médecin en chef chargé des fonctions de médecin-directeur (3 janvier); M. le Dr Pactet, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Yon, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Villejuif en remplacement de M. Rouillard, décédé; M. le Dr Hamel, médecin-adjoint à Saint-Ylie, est nommé médecin-adjoint à Saint-Yon.

Nécrologie. — *The American Journal of Insanity* du mois de janvier contient un article intéressant sur le Dr Evariste Duquet, l'un des aliénistes les plus distingués du Canada, décédé en décembre 1894. Il était né le 3 avril 1855 à Sainte-Philomène d'une famille de fermiers. Après la mort de ses parents, survenue alors qu'il n'avait que seize ans, il quitta la vie de fermier pour laquelle il n'avait aucun goût et se rendit à Montréal. Il fut reçu docteur en 1879. Il s'établit d'abord à Longue-Pointe et en 1885 fut nommé médecin-assistant à l'asile de Saint-Jean-de-Dieu dont il devint le médecin-directeur en 1887. Parmi ses travaux nous signalerons une communication au Congrès médical de Philadelphie en 1887 sur une classification des maladies mentales, et une communication *sur la législation concernant les aliénés*, et sur les asiles de la province de Québec au Congrès international de 1889.

Donath (J.). — *Ueber hysteriche multiple Sklerose.* — Brochure in-8° de 11 pages. — Wien, 1895. — Librairie Braumuller.

Haskovec. — *Ein fall von sporadischen Cretinismus, behandelt mit einem Schilddrüsenpräparat,* — Brochure in-8° de 16 pages, avec 2 figures. — Wien, 1895. — *Wiener Medizinischen Wochenschrift.*

Olivier (P.) et Halipré (A.). — *Claudication intermittente chez un homme hystérique atteint de pouls lent permanent.* — Brochure in-8° de 11 pages. — Rouen, 1896. — Imprimerie G. Deshayes et Cie.

Sante de Sanctis. — *Ricerche anatomiche sul nucleus funiculi teretis.* — Brochure in-8° de 35 pages, avec 2 planches hors texte. — Reggio Emila, 1896. — Tipografia S. Calderini e Figlio.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 396.

Vol. I. Avril 1896. N° 4.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

CLINIQUE MENTALE.

DÉMENCE VÉSANIQUE, RAMOLLISSEMENT DU CERVELET (*lobe droit*), RUPTURE DU CŒUR (*oreillette droite*);

Par le Dr René CHARON,
Médecin-adjoint des Asiles publics d'aliénés.

Depuis les intéressants travaux d'Elleaume (*Essai sur les causes de mort subite*, 1857); d'Ollivier (*Dictionnaire* en 30 vol.); de Le Piez (*Essai sur les ruptures du cœur*, 1873), il est reconnu que la *rupture du cœur*, signalée par Morgagni, est une cause de mort assez fréquente chez les vieillards. Elle a été rencontré chez des aliénés (Pichenot, John Bruce, Hash), et, si nous nous rapportons à notre expérience personnelle, elle ne doit pas être plus fréquente dans les asiles que dans les hôpitaux, puisque sur environ 250 autopsies, c'est la première fois que nous la trouvons.

Le lieu d'élection de la rupture du cœur, dite *spontanée* et dont la cause efficiente est la dégénérescence du muscle, est le ventricule. Sur un total de 89 observations ressemblées dans les monographies d'Ollivier et de Le Piez, ces auteurs ne citent que 5 cas de rupture des oreillettes, dont 3 cas de rupture de l'*oreillette droite*. La lésion, ainsi localisée doit donc être regardée comme extrêmement rare.

On peut en dire autant du *ramollissement cerébelleux*. La fréquence de l'hémorrhagie cérébelleuse serait par rapport à celle du cerveau comme 1 est à 15 (Andral), 1 à 30 ou 35 (Hillairet); Brissaud déclare que le ramollissement cérébel-

leux est encore plus rare, et il ajoute : « Le plus souvent le foyer de ramollissement occupe soit le centre, soit la couche corticale d'un hémisphère ; *rarement*, dans ce cas, il s'étend à la surface de tout un lobe. » (*Traité de méd.*)

Dans l'observation suivante le ramollissement intéressait l'hémisphère droit *tout entier*. Le vermis et l'hémisphère gauche étaient intacts. Il n'existait aucune altération de voisinage de nature à masquer les symptômes de la lésion.

Observation. — Bom... Cath..., soixante-quinze ans, pensionnaire d'hospice a été internée en 1882 pour « mégalomanie ». Il n'a été possible de recueillir aucun renseignement sur ses antécédents personnels et héréditaires.

Au moment de son admission elle était très excitée et incohérente et manifestait des idées de richesse absurdes sans présenter aucun symptôme paralytique. Elle était atteinte d'un eczéma qu'elle attribuait bientôt à une maladie vénérienne qu'on lui aurait communiquée à l'asile. Elle ne présentait d'ailleurs aucune trace de syphilis.

A cette excitation maniaque qui persiste pendant environ une année, viennent s'ajouter des troubles sensoriels. Les idées de richesse et de persécution se manifestent sans modification. B... reste absolument inactive, elle accuse constamment les médecins et les religieuses de lui avoir dérobé sa fortune. Agitation nocturne. Hallucinations de l'ouïe : se lève nue pour aller répondre aux personnes qui l'appellent. Etat physique peu satisfaisant.

1883. Dépression mélancolique. Vit à l'écart, affaissée, sans aucune réaction physique ou mentale. Quelques périodes d'excitation.

1884. Même état. Hallucinations de la vue, de la sensibilité générale.

1885. Quelques manifestations mégalomaniaques. L'eczéma a envahi toute la face et le cuir chevelu. L'état de la nutrition est mauvais : amaigrissement. Reste constamment repliée sur elle-même, indifférente à tout.

1886-87-88. Même état de cristallisation. Embonpoint progressif.

1889. Erysipèle de la face sans modification de l'état mental. Adipose généralisée.

1890-91-92-93-94. Inertie physique et mentale complète. Ne manifeste plus aucune idée délirante. Ne répond à aucune question. Les lésions eczémateuses ont produit une calvitie complète. Pas de troubles de la motricité, ni de la sensibilité cutanée.

Un matin, B... paraît éprouver des sensations vertigineuses avec vomissements, refroidissement. On croit à un embarras gastrique, justifié par les habitudes voraces. La face est pâle, mais n'accuse

aucune souffrance. Les bruits du cœur sont faibles, sourds, voilés par un souffle faible. La malade est alitée, réchauffée. Elle n'éprouve plus de vertiges, s'alimente, mais reste plus affaissée que jamais. Mêmes signes que précédemment à l'auscultation du cœur. La situation est sans changement depuis *dix jours*, quand subitement pendant la toilette à la suite d'un effort pour s'asseoir dans son lit, la malade étend les bras, jette un cri et tombe foudroyée.

Autopsie. — Le système pileux est presque complètement détruit par un eczéma ancien. Le péricrâne est couvert de croûtes épaisses. Adipose très prononcée. Pas d'anomalies ni d'atrophies partielles apparentes.

Après ouverture des cavités thoracique et abdominale, la *poche péricardique* fait en avant une saillie considérable, incisée, elle donne issue à environ 400 à 500 grammes de sang caillebotté. Le lavage de la cavité laisse voir le *cœur* recouvert d'un caillot sanguin adhérent, épais d'environ 1 centimètre et qui semble de formation antérieure à celle des caillots entraînés par le lavage.

Sur la partie moyenne du bord externe de l'oreillette droite se présente une déchirure, irrégulièrement circulaire, de la dimension d'une pièce de 50 centimes et dont les bords déchiquetés sont rabattus sur la surface externe de l'oreillette *au-dessus* du caillot adhérent dont nous avons parlé. La partie de la surface interne du péricarde correspondant au siège de cette rupture présente un épaississement très notable et une teinte ocreuse. L'oreillette remplie de caillots sanguins est du côté externe déformée en bissac et agrandie.

La paroi auriculaire est friable et très amincie particulièrement au pourtour de la rupture dont les bords ne dépassent pas 1 millimètre d'épaisseur. — Les veines caves ne présentent rien d'anormal.

Le *cœur* débarrassé des caillots adhérents apparaît couvert d'une couche épaisse de tissu adipeux. Les ventricules sont de dimensions normales, leur paroi est très friable, couleur *feuille morte*. Quelques caillots adhèrent à la surface interne; les piliers sont petits, peu résistants. Les valvules auriculo-ventriculaires sont saines; la valvule aortique dure, envahie par des plaques athéromateuses épaisses est *rétrécie* et *insuffisante*. — Les artères aorte et pulmonaire sont dilatées, gorgées de sang liquide, parsemées de plaques athéromateuses. — Les *poumons* se présentent comme deux énormes caillots sanguins. Ils surnagent et ne renferment aucun noyau d'induration.

Etat de congestion intense du *foie*, des *reins*, de la *rate* sans lésions apparentes. — Rien d'anormal dans toute l'étendue du *tube digestif*.

Encéphale. — Le *crâne* est de consistance normale sans adhérences de la dure-mère. Celle-ci incisée donne issue à environ 60 grammes

de sang rouge provenant des artères carotides et vertébrales béantes et dures. Les sinus sont remplis de sang : le système veineux périphérique est vide. — La topographie, le volume, le poids des *hémisphères cérébraux* ne s'écartent point de la moyenne. Les artères sont indurées et béantes. Les coupes ne laissent voir ni lésion, ni analomie.

La *protubérance* et les *pédoncules* présentent de l'hémiatrophie à droite ; le *bulbe* et la *moelle cervicale* de l'hémiatrophie à gauche. Le *corps olivaire* gauche est atrophié et déformé.

Le lobe droit du *cervelet* est un peu moins volumineux que le gauche. Il est de consistance très molle, mais sa forme extérieure est assez bien soutenue par le lacis pié-mérien. On voit seulement une dépression à sa partie postéro-interne. A la coupe les substances grise et blanche sont ramollies dans toute leur étendue avec maximum de diffluence à la partie interne. L'hémisphère droit tout entier n'est qu'une véritable bouillie blanche, légèrement ocreuse par endroits. Il ne reste plus du système vasculaire que des filets ténus qui semblent ne plus être perméables depuis longtemps. Les lobes moyen et gauche sont normaux.

L'*examen microscopique* du cœur et de plusieurs muscles locomoteurs a révélé une dégénérescence graisseuse parvenue à un degré extrême. Au cœur la fibre musculaire est envahie par les granules graisseux dans toutes les parties de l'organe et l'oreillette droite, siège de la rupture, n'est plus à proprement parler qu'une poche très mince du tissu conjonctif et graisseux.

Le système artériel n'est plus dans toute son étendue qu'un lacis de tubes rigides, friables, parsemés de plaques athéromateuses très rapprochées et dans lesquels il ne reste presque plus rien des tuniques élastiques et musculaires. Les altérations sont surtout accentuées à la base du crâne, en particulier aux artères basilaire et vertébrale du côté droit. Les artères cérébelleuses oblitérées dès leur origine n'apparaissent plus que sous la forme de filets ténus et imperméables. La multiplicité des vaisseaux atteints permet d'exclure l'embolie comme cause de cette oblitération, il s'agit donc sans doute, d'une thrombose oblitérante ancienne. Quant aux circonstances qui ont pu influer sur la localisation de cette lésion, elles n'apparaissent à aucun signe.

Quoi qu'il en soit, les deux lésions, rupture du cœur et ramollissement cérébelleux sont ici sous la dépendance d'une même cause l'artérite généralisée, laquelle pourrait être de nature syphilitique. Bien que l'examen n'ait révélé aucune trace de vérole, les manifestations délirantes de B... autorisent cette supposition.

La localisation et le mécanisme de la rupture permettent quelques remarques intéressantes. Comme on l'a vu plus haut la surface interne du péricarde présentait un épaississement

rugueux produit par un frottement ancien de l'oreillette droite. C'est au siège même de ce frottement que la paroi auriculaire, très amincie, s'est rompue, et ce frottement semble bien être le résultat de l'attitude vicieuse de la malade qui, depuis *plus de dix ans*, se tenait constamment *nuit et jour* repliée sur elle-même dans la station accroupie, les poings ramenés sur les genoux et la base du thorax appuyée et comprimée sur les poings.

Les signes cliniques et anatomo-pathologiques indiquent que dans notre cas la rupture auriculaire s'est produite en *deux temps* espacés ; d'abord une déchirure probablement très petite avec écoulement sanguin peu abondant qui se traduit par les troubles décrits plus haut (syncope, vomissement, refroidissement), puis *dix jours* plus tard, à la suite d'un effort pendant la systole ventriculaire, déchirure en étoile de la première fissure avec irruption sanguine considérable entraînant la mort instantanée.

En raison de l'obscurité qui entoure encore la physiologie du cervelet, les lésions pathologiques de cet organe et l'observation de leurs symptômes sont toujours intéressantes. Malgré les contradictions des expérimentateurs qui font du cervelet tantôt un organe de la coordination des mouvements et de l'équilibre (Flourens, Ferrier), tantôt un organe *homogène* produisant une action bilatérale et directe sur l'appareil locomoteur (Luciani), tantôt un organe modérateur pour la moelle et excitateur pour le cerveau (Russell) avec indépendance fonctionnelle des deux moitiés ; il est acquis que le cervelet exerce une action sur le système musculaire. Mais cette action est-elle, pour chaque hémisphère, bilatérale ou unilatérale ? est-elle coordinatrice et régulatrice ou simplement tonique et trophique ?

Dans notre observation il s'agit de la suppression complète d'un hémisphère cérébelleux et cette lésion ne s'est traduite pendant la vie par aucun symptôme *unilatéral*. B... n'a jamais présenté ni incoordination des mouvements, ni vertiges, ni troubles de la sensibilité générale. Mais, après avoir présenté de l'excitation maniaque, elle est tombée peu à peu dans l'espace de quelques mois dans un état d'inertie physique et psychique profond, qui a duré jusqu'à sa mort après avoir entraîné la démence.

Cette évolution dans l'état mental de B... avait paru singu-

lière en son temps sans qu'il fût possible de l'attribuer à une lésion intercurrente ; il est légitime de penser qu'elle était en réalité sous la dépendance du ramollissement cérébelleux constaté à l'autopsie. En admettant cette interprétation, on confirmerait l'opinion de Luciani pour qui le cervelet est (dans la sphère physique) un organe de renforcement du cerveau, homogène, dont les actions *sténique*, *tonique* et *trophique* s'exercent sur les deux moitiés du corps et dont les lésions, si *étendues qu'elles* soient, ne se traduisent que par des phénomènes de déficit; on pourrait admettre également que le cervelet exerce de plus une action de renforcement dans la sphère psychique et que ses lésions produisent de ce côté les mêmes phénomènes de déficit que dans la sphère physique. Cette hypothèse s'accorderait d'ailleurs avec les observations de Bourneville qui, dans ses remarquables *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux* a déjà constaté chez les individus porteurs de lésions cérébelleuses anciennes des troubles du caractère, et des idées mélancoliques avec dépression physique.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

XXXVII. La tétanie, avec observation d'un cas type; par George J. Preston. (*The New-York Medical Journal*, 8 juin 1895.)

On a singulièrement étudié, dans ces dernières années, le domaine de la tétanie, telle que l'ont décrite Trousseau, Dance, Corvisart, Steinheim et d'autres auteurs. L'observation que rapporte M. Preston est conforme au type anciennement établi, et l'auteur souhaiterait que le nom de tétanie fût réservé à ces cas bien définis. On peut se demander si la tétanie est une affection suffisamment distincte pour qu'on la sépare des autres formes de spasmes musculaires (et l'auteur penche pour l'affirmative) et aussi quelles sont ses causes; sur ce dernier point, la réponse dans l'état actuel de la science, doit demeurer incertaine : les symptômes toutefois tendraient à faire admettre que le siège de la lésion est dans la moelle plutôt que dans le cerveau. L'auteur termine son travail par quelques considérations sur le traitement de l'affection dont il s'agit.

R. M. C.

XXXVIII. Sur la compression cérébrale; par John Macpherson. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

L'auteur formule en ces termes les conclusions générales de son travail : 1° tout ce que nous savons sur la pathogénie de l'état décrit sous le nom de compression cérébrale — aussi bien d'ailleurs que les faits généraux d'expérience — semble indiquer que l'on peut remédier à cet état par l'intervention chirurgicale; 2° dans l'état actuel de nos connaissances, il est désirable que nous possédions une expérience plus complète et plus étendue des résultats fournis par les opérations chirurgicales pratiquées en vue de remédier à la compression cérébrale; 3° les opérations de ce genre sont légitimes et justifiées par la raison qu'elles sont éminemment sûres et que soigneusement pratiquées, elles sont pratiquement indemnes de tout risque de mortalité. R. M. C.

XXXIX. Abcès du cerveau; par N.-B. Carson. (*The New-York Medical Journal*, 27 avril 1895.)

Nous résumons les points principaux de ce travail. Les abcès du cerveau ne sont pas aussi rares qu'on le pense communément, et l'auteur a pu en observer un assez grand nombre de cas.

Le premier est celui d'un enfant qui était tombé d'un troisième étage et portait au crâne une fracture comminutive, avec pénétration des fragments osseux dans le cerveau; pendant l'exploration faite par l'auteur quelques mois après l'accident, une poche fluctuante fut accidentellement crevée, donnant issue à une quantité considérable de pus. L'enfant a bien guéri.

Dans le second cas, un jeune homme reçoit au crâne, dans une rixe un coup de fourchette; les dents de la fourchette se brisent et à travers le crâne fracturé, trois d'entre elles pénètrent dans le tissu cérébral. Le siège du traumatisme était la tempe gauche. Deux des branches de la fourchette avaient donné lieu à la formation d'un abcès du cerveau, ainsi qu'on put le constater à l'autopsie.

Dans un autre cas, chez un enfant de quatre ans, un catarrhe nasal d'origine traumatique transporta, par la lame criblée de l'ethmoïde, des éléments infectieux jusque dans le cerveau où un abcès se produisit et causa la mort.

Un cinquième fait est celui d'un abcès cérébral consécutif à une suppuration de l'oreille moyenne : l'auteur donne des détails circonstanciés sur ce cas, qui motiva une intervention chirurgicale et se termina par la mort.

Le sixième malade était un enfant de huit ans qui fut mordu au côté droit de la tête par un insecte très commun dans le pays. Le cuir chevelu s'enflamma et un abcès se forma, occupant l'espace

compris entre le sourcil et l'éminence pariétale. L'abcès fut ouvert vidé et guéri. Quelque temps après l'enfant fut pris de mouvements spasmodiques, intéressant d'abord les muscles de l'angle externe de l'œil gauche, puis ceux de l'angle de la bouche, puis ceux du bras et enfin ceux de la jambe du même côté. Cet état convulsif dura cinq heures pendant lesquelles le malade fut privé de l'usage de la parole; pendant une partie au moins du même temps il était inconscient. L'enfant guérit, mais il conserva un certain degré de parésie du côté gauche, surtout au voisinage de l'angle de la bouche. R. M. C.

XL. Sur la névrite; par F.-H. Stephenson. (*The New-York Medical Journal*, 8 juin 1895.)

L'auteur se propose d'étudier surtout la névrite accidentelle ou isolée, et il publie quatre observations. Dans la première il s'agit probablement d'un cas de névrite d'origine diphtéritique. Le deuxième fait est un cas de névrite *a frigore*. Le troisième cas était dû à une contusion du nerf sciatique. Le quatrième malade offre un exemple de douleurs se réfléchissant du côté opposé du corps alors qu'il n'y a de ce côté, secondairement envahi par la douleur, aucun signe de névrite.

A l'occasion de chacun de ces faits, l'auteur entre dans quelques considérations sur la symptomatologie des névrites, sur le diagnostic différentiel, et sur le traitement. R. M. C.

XLI. Paraplégie toxique; par E.-R. Axtell. (*The New-York Medical Journal*, 27 juillet 1895.)

Le malade dont l'auteur rapporte l'observation n'a été vu par lui qu'après la disparition des accidents paraplégiques; il a pensé que, néanmoins, le cas était assez intéressant pour mériter d'être publié.

Il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, célibataire, et exerçant la profession de peintre, qui demandait à être soigné pour une plaie siégeant à la partie interne de la jambe droite. Pendant son enfance, le malade avait une bonne santé. A l'âge de huit ans, il commença (son père tenait un débit de spiritueux) à faire usage de boissons alcooliques : on ne le surveillait pas et on le laissait boire à volonté des liqueurs fortes, pour lesquelles il paraît avoir eu un goût marqué et précoce puisque, à l'âge de douze ans, il s'était déjà mis plusieurs fois en état d'ivresse. Dès qu'il commença à gagner de l'argent, il le dépensa en liqueurs fortes, buvant souvent à jeun, préférant le whiskey, mais se contentant, quand il manquait d'argent, d'alcool pur mélangé d'une moitié d'eau. Il y a eu des mois entiers pendant lesquels il n'a jamais cessé d'être sous l'influence

de l'alcool. A neuf ans il commença à fumer, et jusqu'au moment de sa paralysie il fumait de dix à quarante cigarettes par jour. Il nie absolument avoir eu la syphilis. Il y a trois ans et demi, il commença à exercer l'état de peintre, et l'exerça dix-mois : c'est alors que parut la paralysie, précédée de douleurs vives et aiguës dans le dos, et d'engourdissements et de fourmillements dans les jambes et les bras, qui devinrent douloureux au toucher. Il assure qu'il pouvait mouvoir la tête, la face et la langue; mais ne pouvait ni uriner, ni aller à la selle. Durant deux semaines, il demeura paralysé, sans pouvoir faire agir un seul muscle des extrémités. Le mouvement revint d'abord à la main droite, puis au bras gauche. Enfin, graduellement, il guérit, et put marcher avec des béquilles, après quatre mois de séjour au lit.

Pendant l'état paralytique, il remarqua que ses deux jambes étaient enflées et que leurs veines, ainsi que celles de l'abdomen, étaient saillantes ; c'est après avoir gratté l'une de ces jambes enflées qu'il vit apparaître la plaie pour laquelle il consulta l'auteur, plaie rebelle et dont la guérison a été lente.

Actuellement son état général est satisfaisant, il dort bien, il a bon appétit, l'intestin fonctionne régulièrement, il ne tousse pas, la miction est normale. Il a repris l'habitude des boissons alcooliques et des cigarettes; mais il n'use que très modérément des unes et des autres. Les veines des deux jambes sont variqueuses, et sur l'abdomen l'épigastrique superficielle est volumineuse et saillante; les diverses sensibilités sont normales. Pas de liseré gingival.

Il paraît évident à l'auteur qu'il s'agissait là d'une paralysie toxique liée à une triple intoxication (alcool, tabac, plomb). Il entre à propos de cette observation dans quelques détails sur la nature et les symptômes de diverses formes de paraplègie.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLII. UN CAS DE PARALYSIE BULBAIRE UNILATÉRALE SUBAIGUE, AVEC AUTOPSIE; par Alfred WIENER. (*The New-York Medical Journal*, 14 juillet 1894.)

Les paralysies bulbaires unilatérales sont peu communes et l'auteur a pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de rapporter le cas qu'il a observé. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, sans antécédents névropathiques, mais ayant présenté des symptômes de pharyngite, et plus tard, de chaque côté, dans la région sterno-mastoïdienne, des engorgements ganglionnaires qui nécessitent l'énucléation des glandes malades des deux côtés : les ganglions extirpés furent reconnus tuberculeux. Le premier signe qui attira l'attention du côté d'une paralysie bulbaire fut une déviation de la langue à droite : bientôt survinrent quelques troubles de la déglutition, de l'enrouement et de la toux ; tous ces symptômes se mani-

festaient dans un délai d'une dizaine de jours. La langue était atrophiée et spongieuse au toucher sur le milieu de sa moitié droite elle répondait mal à l'excitation faradique. Le raphé de la partie molle de la voûte palatine était dévié à gauche, aussi bien que la luette qui était allongée et légèrement épaissie. La sensibilité générale et le goût étaient conservés. La déglutition était difficile, moins difficile cependant que dans les cas de paralysie bilatérale. Les aliments solides étaient mieux avalés que les liquides. L'examen laryngoscopique montra que la dysphonie était due à une lésion du récurrent laryngé droit, ayant déterminé une paralysie unilatérale complète à droite. Les fonctions qui relèvent des autres nerfs crâniens étaient normales, ainsi que les réflexes tant profonds que superficiels. La mort survint au bout de deux mois après deux crises d'affaiblissement de la respiration. Tel est le résumé clinique de ce cas qui a commencé par une paralysie unilatérale de la langue, des parties molles du palais, et du larynx du côté droit pour aboutir, peut de temps avant la mort, à une paralysie bilatérale incomplète.

L'auteur indique ensuite les hypothèses qu'il a faites, — successivement admises ou repoussées — pour arriver à établir d'après les symptômes, le diagnostic anatomique de la lésion. L'autopsie lui montra que l'hypothèse à laquelle il avait donné la préférence était inexacte. En l'absence de lésions macroscopiques de quelque valeur, l'examen histologique seul devait présenter de l'intérêt ; en voici les résultats : l'air motrice corticale, la capsule interne, la capsule externe, les pédoncules, la protubérance sont normaux. Le noyau de la douzième paire est très altéré à droite; il l'est très peu à gauche. Le noyau de la dixième paire (nerf vague accessoire) est très peu atteint, un peu plus toutefois à droite qu'à gauche. Le noyau de la neuvième paire, à droite, n'est que très légèrement atteint. Le faisceau respiratoire est complètement dégénéré à droite, tandis que, à gauche, dans la région du noyau de l'hypoglosse, il n'est malade que dans ses portions inférieure et extérieure. Les racines intra-médullaires de la neuvième paire et du nerf vague, vague accessoire et hypoglosse sont moins saillantes a droite qu'à gauche.

Rapprochons maintenant les faits cliniques des faits anatomiques. Cliniquement : développement en dix jours d'une paralysie unilatérale complète du côté droit de la langue, des parties molles du palais, du pharynx et du récurrent laryngé, le tout sans rien qui puisse attirer l'attention sur la possibilité d'une lésion d'autres nerfs crâniens ou rachidiens que ceux des quatre dernières paires. — Histologiquement : dégénérescence très accusée du noyau de l'hypoglosse à droite, dégénérescence légère des noyaux adjacents, — dégénérescence complète du faisceau respiratoire.

L'interprétation des faits est ici d'autant plus difficile que les

auteurs sont loin d'être d'accord sur la physiologie des noyaux dont il s'agit. L'auteur après une intéressante discussion des faits, des opinions et des interprétations possibles, est amené à formuler les conclusions suivantes :

1° La région du noyau de l'hypoglosse donne naissance aux fibres nerveuses qui alimentent la langue, le palais, le pharynx et le larynx de chaque côté du corps;

2° La colonne de fibres nerveuses connue sous le nom de faisceau respiratoire est composée de fibres provenant des nerfs glosso-pharyngien, vague et vague accessoire, et il est probable que les fibres provenant du nerf vague et du nerf vague accessoire occupent la partie inférieure et externe de cette colonne.

3° Dans le pharynx et les parties molles du palais, le réflexe de la nausée paraît être placé sous la dépendance du glosso-pharyngien, qui envoie aussi des filets moteurs aux muscles du pharynx. Ces derniers filets naissent du noyau de l'hypoglosse, et montent le long du faisceau respiratoire jusqu'au noyau propre, d'où ils émergent avec le glosso-pharyngien;

4° Les muscles des parties molles du palais ne sont pas innervés par des fibres émanant de la septième paire.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLIII. CHORÉE DE HUNTINGTON; par Arthur CONKLIN BRUSH. (*The New-York Medical Journal*, 9 mars 1895.)

Il s'agit d'une affection peu commune et l'auteur en a observé deux cas dont l'observation peut se résumer ainsi :

OBSERVATION I. — Négresse de cinquante-deux ans : sa sœur est atteinte de la même maladie. Pas d'hérédité. Trois ans avant son entrée à l'hôpital, elle commencé à avoir des contractions involontaires des muscles de la face : puis les bras, le corps et finalement les membres inférieurs ont été successivement envahis. Les spasmes cessent pendant le sommeil, et s'interrompent quelquefois dans la journée pendant un laps de temps qui peut n'être que de quelques minutes ou dépasser une heure. Ils augmentent sous l'influence de l'excitation mentale ou de l'attention. Les contractions musculaires sont cloniques et intéressent les groupes musculaires qui ont coutume de s'associer pour exécuter un mouvement intentionnel : elles peuvent être passagèrement maîtrisées par un effort volontaire et cessent pendant les mouvements intentionnels. Au point de vue mental on note la perte de la mémoire et l'affaiblissement intellectuel. Pendant un an, l'état de la malade reste stationnaire, puis elle est prise de plusieurs crises épileptiformes, et meurt dans le coma qui succède à l'une d'elles.

OBSERVATION II. — Femme de quarante-six ans, dont le père a

présenté des symptômes identiques. Trois ans avant son entrée à l'hôpital, elle a vu apparaître des contractions involontaires des muscles de la face, qui se sont aggravées et ensuite propagées aux bras, au tronc et aux jambes. Ces spasmes sont partiellement maîtrisés par les efforts volontaires. De légers mouvements persistent pendant le sommeil. Les mouvements convulsifs sont d'ordre clonique et intéressent des groupes musculaires physiologiquement associés. On note également des contractions fibrillaires, et des spasmes partiels et isolés de plusieurs muscles individuellement, ainsi qu'une certaine incoordination dans les jambes et les bras des deux côtés.

On disait que la chorée de Huntington se distingue des autres variétés de chorée par les caractères suivants: elle est chronique et progressive, sans tendance à la guérison, mais elle n'abrège ordinairement pas la vie ; — elle apparaît assez tard dans la vie, car elle débute communément entre trente et quarante ans ; — elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes ; — elle est ordinairement accompagnée d'affaiblissement mental ou de mélancolie, avec ou sans délire ; — si une génération échappe à l'hérédité, la maladie ne reparaît pas dans cette branche de la famille ; — elle ne reconnaît aucune cause appréciable ; — elle commence par la face et se propage de haut en bas, en s'aggravant.

Les auteurs diffèrent d'opinion sur la nature des contractions musculaires ; mais il s'agit là d'une différence sans importance, puisque les deux variétés décrites se rattachent à une lésion unique, la différence n'étant due qu'au degré des altérations subies par les cellules motrices corticales.

L'auteur rappelle ensuite quelques données de physiologie cérébrale qui peuvent aider à l'interprétation du mécanisme de production de la chorée de Huntington, et il déduit de ces données les commentaires que nous résumons ici: des modifications anatomiques telles que celles que l'on rencontre dans cette affection, portant principalement sur les couches corticales superficielles, auront pour effet, suivant le degré de la lésion cellulaire, soit d'affaiblir, soit de détruire le pouvoir d'inhibition de la couche sensorielle, laissant les cellules motrices libres d'accomplir leur fonction de décharge dès qu'elles ont acquis une force suffisante. — Si la lésion est modérément accusée, il peut subsister un nombre suffisant de cellules saines pour maîtriser temporairement ces décharges motrices, ainsi que cela arrive quand l'attention est fixée sur ce point, ou encore dans les mouvements intentionnels. — Si la lésion des couches motrices n'est pas assez profonde pour rompre le groupement des cellules, les contractions musculaires comprendront des groupes de muscles associés, et surtout, parmi ces groupes, ceux qui sont le plus habituellement sous la dépen-

dance de l'esprit, comme ceux de la face et de la main. — Si les lésions de dégénérescence s'étendent aux cellules motrices, cette action associée est détruite, et l'on observe alors des contractions irrégulières et des tremblements fibrillaires, provenant de ce que les centres spinaux sont alors libérés de tout contrôle : de là aussi l'exagération des réflexes et l'incoordination. L'absence ou la diminution des contractions pendant le sommeil a pour cause l'abolition de toute action corticale chez l'homme endormi ; les mouvements qui peuvent alors subsister sont d'origine spinale. — Quant aux troubles mentaux qui accompagnent, tôt ou tard, mais invariablement, la chorée de Huntington, ils sont la conséquence de modifications analogues survenues dans les centres de la volition, et dans le mécanisme qui les met en rapport avec les autres centres. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLIV. UN CAS ANORMAL DE SCLÉROSE EN PLAQUES ; par Théodore DILLER. (*The New-York Medical Journal*, 25 mai 1895.)

Il s'agit d'un cas où le diagnostic est rendu très difficile par la possibilité où l'on se trouve d'attribuer le tremblement à une cause toxique.

Le malade a vingt-et-un ans. Hérédité nulle. Aucune maladie dans l'enfance sauf la coqueluche. A treize ans, il est employé au vernissage dans une fabrique de chaises : impossible de préciser la composition des vernis, mais le malade sait bien que l'on employait du plomb dans la fabrique. Il y reste jusqu'à seize ans, c'est-à-dire un an après l'apparition des premiers tremblements. De seize à dix-huit ans, sans être lui-même occupé à ce travail, il est employé dans une maison de nickelage et d'argenture. De dix-huit ans jusqu'à l'époque actuelle, sans manier lui-même le mercure, il est employé au polissage des cadres dans une maison d'étamage de glaces.

A quinze ans, apparition d'un tremblement aux mains s'accentuant surtout dans les petits mouvements (écriture) : à dix-neuf ans, tremblement des pieds. Depuis six mois, projection de la tête en avant et à droite durant la marche. — Affaiblissement et amaigrissement.

A l'examen actuel, maigreur générale : démarche saccadée, la tête jetée en avant et à droite. Le malade étant tranquillement assis, on note un tremblement des mains et des pieds, plus ample que dans la paralysie agitante. En cas d'émotion, un peu de tremblement du visage et de la langue. Les petits mouvements de précision n'augmentent pas le tremblement des mains. Des deux côtés, exagération légère du réflexe du genou. Pupilles dilatées, globes oculaires un peu saillants, léger strabisme interne. Pas de nystagmus. Légère hésitation du langage. Lenteur et affaiblisse-

ment intellectuels. Diminution considérable des forces. Pas d'atrophie musculaire. Le malade affirme que lorsqu'il est seul et calme, le tremblement peut disparaître entièrement pendant plusieurs heures. L'examen ophtalmoscopique donne pour le champ visuel gauche 20/30 papille normale — et pour le champ visuel droit 20/100, avec légère rétraction des artères et papille de coloration normale, mais à bords nettement tranchés.

S'il s'agit d'un cas de sclérose en plaques, dit l'auteur, ce cas est anormal en ce qui touche le tremblement puisque les auteurs sont d'accord pour admettre que le tremblement dans cette maladie accompagne les mouvements, et pour mettre en doute la possibilité de sa persistance durant le repos : aussi est-ce sur les autres symptômes énumérés plus haut que l'auteur s'est appuyé pour établir son diagnostic.

Si maintenant on étudie ce tremblement même, l'âge, l'aspect du malade font immédiatement écarter la démence paralytique aussi bien que la paralysie agitante. Il ne paraît guère plus légitime d'admettre la maladie de Friedreich ou celle de Graves. Seule l'hypothèse d'un tremblement toxique demeurerait admissible surtout en tenant compte des emplois qu'a successivement occupes le malade ; mais si l'on admet cette hypothèse, ce sont les autres symptômes présentés par le malade qui ne s'expliquent plus et qui deviennent anormaux, tandis qu'ils s'accordent avec l'existence d'une sclérose disséminée. Il ne serait pas impossible toutefois qu'une intoxication métallique vient ici compliquer la symptomatologie de la lésion médullaire. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLV. UN CAS DE SCLÉROSE SPINALE POSTÉRIEURE, AVEC PRODROMES OCULAIRES ANORMAUX ; par C. H. CHUBB. (*The New-York Medical journal*, 15 juin 1895.)

Ce cas est intéressant à cause de la rareté des symptômes oculaires, qui, chez le malade, ont précédé d'un an l'apparition des autres smyptômes caractéristiques de la maladie, et de bien plus longtemps, l'abolition du réflexe du genou et des autres réflexes ; il montre l'importance des troubles oculaires dans la sclérose postérieure, et l'utilité d'un examen ophtalmoscopique précoce, dût-il ne donner comme dans le cas actuel que des résultats négatifs.

Il s'agissait d'un homme de soixante ans, sans habitudes alcooliques et sans antécédents syphilitiques, présentant des douleurs fulgurantes paroxystiques, avec sensation de froid et de pression aux extrémités inférieures ; le réflexe du genou n'était que très légèrement diminué, si tant est qu'il l'ait été : à l'examen de la vue, on constate un scotome central de deux pouces de diamètre à la distance d'un pied, sans que l'examen ophtalmoscopique révèle de lésion capable de l'expliquer ; il existe une légère érosion sur

le bord externe de la papille, et à gauche, une pulsation assez vive de la veine centrale de la rétine. En deux mois, sans traitement, on note la disparition du scotome qui ne reparaît pas. On ne note, comme autres symptômes oculaires, mais qui ne se sont manifesté que bien plus tardivement qu'une diplopie passagère et de l'iridoplégie.

L'observation des premiers symptômes du côté des yeux remonte à 1880, et pendant quinze ans, le malade a été régulièrement suivi et observé, et tout est venu confirmer le diagnostic primitivement porté de sclérose postérieure. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

R. M. C.

XLVI. Un cas de cécité absolue (*amblyopie*) par anopsie. Guérison ; par A. Schirmann. (*The New-York Medical Journal*. 10 août 1895.)

Cette observation d'un cas rare est intéressante à divers points de vue ; il s'agit d'un homme de cinquante-un ans, qui à l'âge de deux ans avait eu une variole ayant affecté les deux yeux. L'œil gauche était irrémédiablement perdu, le globe oculaire ayant été absolument détruit. A droite la sensibilité à la lumière solaire avait persisté, mais à un degré infiniment faible. Le malade ne voyait pas la main du médecin. On distinguait sur cet œil une opacité blanchâtre enchâssée au niveau de la jonction de l'iris et de la cornée (leucome adhérent). Un peu au-dessous du centre existait une large tache de la cornée au bord central de laquelle l'iris adhérait étroitement. Une intervention chirurgicale ne pouvant rien compromettre, l'iridectomie fut tentée, plutôt dans un but esthétique qu'avec l'idée de restaurer la vue. Le cristallin et sa capsule parurent transparents, fait que l'examen ophtalmoscopique ne tarde pas à vérifier ; le même examen montra que la rétine et le nerf optique n'avaient pas perdu leur fonction, bien que le malade eût absolument perdu la vue depuis près de cinquante ans. Le lendemain de l'opération, il distinguait la main à cinquante centimètres, et le troisième jour, il la voyait à quatre mètres de distance. Aidée par des verres appropriés, sa vision continua à s'améliorer, et bientôt il put mesurer une distance, reconnaître une personne et distinguer les objets environnants. Pendant les années de cécité le développement mental avait été presque nul, et les actions du malade avaient un caractère puéril. En même temps que la vue, l'intelligence se développe très lentement à la vérité, mais dans une mesure bien appréciable.

L'auteur rappelle en terminant que deux cas analogues ont été publiés, l'un par Mackenzie dans le *Lancet* de 1888, l'autre par Pflüger, qui l'avait observé en 1885 à Berlin. R. M. C.

XLVII. Symptomatologie des affections cérébelleuses : analyse clinique de cent cas, suivie de quatre observations personnelles ; par William C. Krauss. (*The New-York Medical Journal*, 1er juin 1895.)

L'auteur débute par un historique, très succinct, mais suffisamment complet de la question, et il résume ainsi les données qui, à l'heure actuelle, paraissent acquises à la science : 1° les lésions unilatérales du cervelet déterminent des symptômes dans le côté du corps qui leur correspond ; 2° l'ablation partielle du cervelet détermine un affaiblissement musculaire qui disparaît presque complètement au bout de quelques mois ; 3° après l'ablation complète du cervelet, chez l'animal, les mouvements des extrémités inférieures sont entravés et les membres inférieurs refusent d'obéir aux impulsions qui essayent de diriger leur action ; 4° le cervelet exerce une certaine action sur la régulation des mouvements musculaires, soit de coordination, soit de compensation : l'opinion des auteurs paraît pencher en faveur de ce dernier groupe de mouvements ; 5° les lésions du lobe moyen paraissent affecter les deux côtés du corps, tandis que les lésions des lobes latéraux ou des pédoncules n'affectent que le côté correspondant.

En résumé, suivant la majorité des observateurs, le cervelet, considéré comme centre nerveux, préside à la coordination des mouvements musculaires, laquelle a pour résultat de maintenir l'équilibre du corps, de guider la démarche et d'assurer la station.

Passant de la physiologie expérimentale à la clinique, l'auteur recherche dans quelle mesure les faits cliniques s'accordent avec les faits expérimentaux, et pour cela il s'appuie sur 97 cas dans lesquels le diagnostic a été vérifié à l'autopsie ; ces cas se répartissent ainsi au point de vue de la nature des lésions : sarcôme 22 cas ; tuberculose, 22 cas ; gliôme, 18 cas ; abcès 10 cas ; tumeur de nature non spécifiée, 13 cas ; kyste, 7 cas ; ramollissement, endothéliome, tumeur sarco-kystique, cancer, gomme, fibrome et hémorragie, de chaque un cas.

Au point de vue du siège, les lésions occupaient le lobe gauche dans 32 cas, le lobe droit dans 32 cas, le lobe moyen dans 17, les deux lobes latéraux ensemble dans 6, le lobe droit et le lobe moyen dans 3, le lobe gauche et le lobe moyen dans 2 cas.

Au point de vue des manifestations cliniques, les quatre grands symptômes que l'on a coutume de considérer comme caractéristiques des lésions intra-crâniennes ont présenté la répartition suivante : 1° la céphalalgie existait dans 83 cas, elle faisait totalement défaut dans 6 cas ; dans 12 cas, elle n'est pas mentionnée ; 2° les vomissements existaient dans 69 cas, manquaient dans 9, et ne sont l'objet d'aucune mention dans 23 ; 3° la névrite optique a été

rencontrée 66 fois, elle a manqué 12 fois, 23 fois elle n'est l'objet d'aucune mention ; 4° le vertige existait dans 48 cas, manquait dans 9, et n'est pas mentionné dans 43.

Si l'on passe aux symptômes qui ne sont plus des symptômes cardinaux, on rencontre 45 fois la douleur ou la sensibilité de la région occipitale : ce signe est douteux dans 39 cas ; dans 8 il n'est pas indiqué. L'ataxie est notée dans 58 cas ; elle fait défaut dans 9, et n'est l'objet d'aucune indication dans 33.

L'asthénie musculaire, souvent qualifiée à tort de paralysie ou de parésie, a été observée 48 fois ; elle a manqué dans 14 cas, et dans 38 elle n'est pas mentionnée. Les convulsions partielles ou générales ont été notées dans 30 cas, elles ont manqué dans 14, et 56 observations sont muettes à cet égard.

On a souvent cru trouver dans l'inclinaison de la démarche à droite et à gauche un signe propre à préciser le côté de la lésion : les observations recueillies dans 35 cas montrent qu'il n'y a pas là de règle absolue, mais que cependant les mouvements du sujet se dirigent généralement du côté sain vers le côté malade.

Les réflexes tendineux étaient normaux dans 10 cas, exagérés dans 12, diminués ou absents dans 12.

Les troubles de la sensibilité générale n'ont été que trop rarement notés pour qu'on puisse arriver à une conclusion tant soit peu précise.

Il y a d'autres symptômes importants : ce sont ceux qui sont dus à la compression par une tumeur, du plancher du quatrième ventricule ; cette compression peut donner lieu à une paralysie des cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième paires crâniennes ; elle peut aussi obstruer la veine de Galien, et par là déterminer la dilatation des ventricules latéraux et du troisième ventricule. Ces symptômes sont des symptômes secondaires, mais leur coïncidence avec les symptômes primitifs peut servir à faciliter la localisation de la lésion dans le cervelet. Il se peut que la mort subite, si souvent observée dans les lésions cérébelleuses, soit due à la compression du nerf vague.

En résumé, les principaux symptômes des lésions cérébelleuses, rangés suivant leur ordre de fréquence dans le groupe des cas étudié par l'auteur, sont : la céphalalgie, les vomissements, la névrite optique, les vertiges, l'ataxie, l'asthénie musculaire, la douleur et la sensibilité de la région occipitale, la tendance de la démarche à incliner du côté de la lésion, les convulsions, — et, parmi les symptômes secondaires, les paralysies nucléaires, la polyurie, la glycosurie, les tremblements et la mort subite. Les symptômes négatifs comprendraient les modifications des désirs sexuels, les troubles de l'intelligence et des sensations, et la variabilité des réflexes tendineux.

L'auteur termine son travail par le résumé de quatre observations

personnelles. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tuberculose du cervelet vérifiée à l'autopsie. Dans le second cas, on avait diagnostiqué pendant la vie un néoplasme du lobe cérébelleux droit: l'autopsie vérifia le diagnostic tout en précisant la nature de la tumeur qui était kystique. Chez le troisième malade, il s'agissait d'un abcès du lobe cérébelleux gauche, diagnostiqué pendant la vie et constaté à l'autopsie. Le quatrième fait est relatif à une malade qui vit encore, et chez laquelle le diagnostic demeure hésitant entre une tuberculose ou un abcès du cervelet.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLVIII. LA SYPHILIS CÉRÉBRALE : ÉTUDE CLINIQUE; par LÉO STIEGLITZ. (*The New-York Medical Journal*, 13 juillet 1895.)

L'auteur s'est proposé de rapporter quelques cas intéressants ou difficiles au point de vue du diagnostic, et de tirer des faits observés quelques conclusions.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une méningo-encéphalite syphilitique de la région fronto-pariétale gauche. Le traitement dans ce cas confirma le diagnostic. Les symptômes étaient ceux de la paralysie générale; leur disparition sous l'influence du traitement spécifique montre qu'ils étaient probablement dus à une méningite d'origine syphilitique siégeant au niveau du lobe frontal. Il est toutefois à craindre ici que le malade ne finisse par succomber à une paralysie générale de nature spécifique.

Dans le second cas, les symptômes prédominants sont : un hoquet persistant, le caractère chancelant de la démarche surtout vers le côté gauche et l'engourdissement du bras gauche. Le diagnostic porté fut celui de syphilis cérébrale. Le chancellement vers la gauche indiquait un foyer dans la région des pédoncules cérébelleux gauches ou dans le voisinage du lobe cérébelleux moyen. L'origine du hoquet n'a pu être précisée.

Dans le troisième cas, on avait affaire à une céphalalgie qui n'avait pas moins de quinze années d'existence : la guérison fut obtenue par le traitement ioduré. Ce cas se rattache à la première catégorie de syphilis cérébrale de Fournier, c'est-à-dire à la syphilis à forme céphalalgique : il est remarquable par la longue durée du symptôme céphalalgie sans apparition ultérieure de phénomènes plus graves et par la rapidité de la guérison sous l'influence d'un traitement approprié. On sait d'ailleurs que la céphalalgie est le symptôme précurseur par excellence dans la syphilis cérébrale en même temps qu'elle est le phénomène le plus rapidement modifiable par le traitement ioduré.

Le quatrième cas était caractérisé par de la céphalalgie, des ésions de décharge de nature sensorielle, de l'amnésie verbale temporaire et de l'alexie passagère : ici encore la guérison fut

rapide et durable sous l'influence du traitement ioduré. Il y avait aussi chez cette malade de l'engourdissement du bras droit et du côté droit de la face. On diagnostique une endartérite syphilitique des ramifications de la sylvienne gauche, avec troubles passagers de la circulation au niveau du bras, de la face et des centres du langage. Ce cas était intéressant, car on pouvait hésiter entre des troubles fonctionnels de nature hystérique et des lésions vasculaires, du moins à ne considérer que les symptômes : mais tous les stigmates hystériques manquaient : le diagnostic de syphilis fut donc adopté, et vérifié par le résultat du traitement.

La cinquième observation est celle d'une gomme de la protubérance, avec paralysie croisée : la guérison fut obtenue, sauf en ce qui touche l'amblyopie qui persiste encore : ce cas est surtout intéressant en ce qu'il démontre la valeur du traitement mercuriel dans la syphilis cérébrale; la malade, en effet, avait pris des doses énormes d'iodure de potassium sans résultat; la guérison ne commença à se manifester que lorsque le mercure fut associé à l'iodure.

Dans le sixième cas, on note les phénomènes suivants : hémorragie de la protubérance en juin 1894; persistance d'une hémiparésie croisée et de phénomènes ataxiques; en juin 1895, céphalalgie, aphasie transitoire et neuro-rétinite syphilitique. Dans ce cas la concomitance d'une lésion de la base et d'une lésion de la convexité devait naturellement faire penser à la syphilis dont on ne trouvait cependant aucun autre symptôme, et qui était formellement niée par le malade. Aussi l'examen ophtalmoscopique a-t-il été ici fort utile en révélant la nature incontestablement syphilitique des lésions de la rétine.

Dans le septième cas, on observa des phénomènes épileptiques, de l'aphasie temporaire et de la céphalalgie : une première guérison fut suivie au bout de six mois d'une rechute caractérisée par de la céphalalgie, de la polyurie et de la polydipsie. Ces deux derniers symptômes ont survécu à la disparition des autres phénomènes pathologiques.

L'auteur conclut que, en raison des allures protéiformes que revêt la syphilis cérébrale, elle donne lieu, à son début, à de fréquentes erreurs de diagnostic, et qu'elle risque surtout d'être confondue avec les névroses à troubles fonctionnels, telles que la neurasthénie, l'hystérie et l'épilepsie. Il croit donc utile de signaler les symptômes qui doivent plus spécialement diriger l'attention du médecin vers la syphilis; ces symptômes d'après lui sont les suivants : 1° Céphalalgie persistante, s'aggravant généralement le soir ou la nuit, et s'accompagnant souvent d'insomnie et d'irritabilité générale ; 2° modification de la pupille (myosis, mydriase, pupille d'Argyll-Robertson, perte de la sensibilité réflexe à la lumière et à l'accommodation); 3° paralysie des muscles oculaires; 4° paralysie

irrégulière bilatérale des nerfs crâniens; 5° hémianopsie, névrite optique, surtout l'hémianopsie double passagère (Oppenheim); 6° crises épileptiformes, motrices ou sensorielles, en l'absence de toute étiologie traumatique; 7° épilepsie apparaissant après l'âge de vingt-cinq ans (sauf les cas de traumatisme, alcoolisme, saturnisme et urémie); 8° monoplégies temporaires; 9° aphasie temporaire, quelle qu'en soit la forme; 10° apoplexie avant l'âge de cinquante ans (sauf le cas de saturnisme et de lésions cardiaques ou rénales); 11° polydipsie et polyurie; 12° d'une façon générale, tendance des symptômes ci-dessus énumérés à s'améliorer spontanément pour récidiver ensuite. Enfin, l'auteur fait remarquer que ces symptômes seront d'autant plus suspects qu'ils se continueront en des associations plus irrégulières.

Au point de vue du traitement, l'auteur conclut des faits qu'il a observés : 1° que sauf le cas de contre-indication spéciale et absolue il faut dans la thérapeutique de la syphilis cérébrale associer le mercure à l'iodure de potassium ; 2° que dans le traitement ioduré, il faut se défier des doses trop faibles, et ne pas craindre d'aborder les doses massives, seules efficaces. R. DE MUSGRAVE CLAY.

XLIX. EPILEPSIE SENSORIELLE ET PSYCHIQUE; par Théodore DILLER. (*The New-York Medical Journal*, 31 mars 1894.)

Après quelques considérations préliminaires, l'auteur fait remarquer que si l'on divisait l'épilepsie essentielle en épilepsie motrice, épilepsie sensorielle et épilepsie psychique, cette classification parfaitement légitime dans l'état actuel de la science, faciliterait considérablement l'étude de cette intéressante affection. Beaucoup de cas de *petit mal* rentreraient alors dans l'épilepsie sensorielle, et l'épilepsie larvée, aussi bien que les états décrits sous le nom d'équivalents psychiques de l'épilepsie seraient rattachés à l'épilepsie psychique. L'épilepsie psychique pure, l'épilepsie procursive décrite par Mairet, Bourneville, Ladame et d'autres auteurs est probablement rare.

M. Diller rapporte l'observation d'un cas que ceux qui ont spécialement étudié l'épilepsie psychique rangeraient vraisemblablement dans cette catégorie; mais comme chez le malade dont il s'agit il y a constamment une aura sensorielle (aura du goût) il doit logiquement, pour se conformer à sa propre classification, rattacher le cas à l'épilepsie sensorielle. L'intérêt de l'observation qu'il publie réside surtout dans l'absence de convulsions motrices, et dans la présence de convulsions psychiques très manifestes, précédées d'une aura du goût. Voici le résumé de cette observation :

Homme de vingt-deux ans, israélite, bonne santé antérieure; pas d'excès de tabac, ni d'alcool, pas de syphilis au dire du malade. Il y a cinq mois, cet homme reçoit sur la tête, à la région frontale,

un coup très violent qui lui est porté par un camarade avec une pince en fer, et qui a laissé une cicatrice à la jonction de la peau du front et du cuir chevelu. A partir de ce moment céphalalgie reparaissant à peu près tous les quinze jours, et devenue quotidienne depuis son mariage. Sommeil mauvais, troublé par des rêves. — Il y a deux mois, c'est-à-dire trois mois après le traumatisme, il commence à éprouver d'abord une ou deux fois par semaine, puis jusqu'à quatre ou cinq fois par jour, des crises bizarres, précédées d'une aura (qui se manifeste sous la forme d'un goût amer dans la bouche) et qui commencent par de l'agitation et de l'inquiétude, et s'accompagnent de perte de connaissance. Il marche rapidement dans la chambre, en vociférant des paroles déraisonnables. Il n'y a jamais ni chute, ni morsure de la langue, ni incoordination des mouvements musculaires. Son visage s'altère durant l'accès et devient, au dire de sa femme, « étrange et jaune ». La crise ne dure jamais plus d'une minute, souvent moins. Les vociférations changent à chaque attaque, mais l'idée qui y domine est l'idée de peur. Quelquefois, mais rarement, le malade répond raisonnablement à une question posée pendant l'attaque. La crise est suivie d'une légère confusion dans les idées; le malade n'a aucun souvenir de ce qu'il a dit ou fait.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

L. DE L'ATAXIE CONSIDÉRÉE COMME SYMPTÔME DES LÉSIONS DU SYSTÈME CÉRÉBRO-SPINAL; par D.-B. MAC CARTIE. (*The New-York Medical Journal*, 9 mars 1895.)

L'auteur rappelle que l'ataxie figure dans la symptomatologie d'un grand nombre de maladies de l'axe cérébro-spinal; le plus communément c'est dans l'ataxie locomotrice progressive qu'on l'observe; mais elle existe encore à un degré très accusé dans la paraplégie ataxique et dans la maladie de Friedreich; elle se rencontre aussi dans la sclérose disséminée, où elle se manifeste à l'occasion des mouvements volontaires des muscles des membres et de ceux des yeux, du larynx et de la langue. On la constate dans la paralysie générale des aliénés, où elle modifie à la fois la démarche et les mouvements de la langue, et aussi dans la névrite; elle est parfois consécutive aussi aux lésions du cerveau et de la moelle. Elle compte parmi les symptômes les plus saillants des maladies du cervelet, et accompagne parfois les tumeurs de l'appareil cérébro-spinal. On l'a vu survenir consécutivement à la diphtérie, à l'alcoolisme et à l'intoxication arsenicale. Elle apparaît quelquefois chez les hystériques, et peut aussi constituer un pur trouble fonctionnel du système nerveux. L'auteur s'est attaché à discuter les diverses interprétations physiologiques qui peuvent éclairer la pathogénie du symptôme ataxie. R. M. C.

LI. Sur quelques manifestations nerveuses extraordinaires chez un jeune sujet, par Everett-M. Culver. (*The New-York Medical Journal*, 3 novembre 1894.)

Nous résumons ici cette curieuse observation que l'auteur publie sans commentaires : Au moment où M. Culver le vit pour la première fois, le malade était âgé d'environ dix-huit ans : il était petit mais très musclé, sans antécédents héréditaires d'aucune sorte. Pas de syphilis, pas de blennorrhagie, pas de masturbation, aucun excès de tabac ni d'alcool. Il était très déprimé moralement par un état pathologique qui datait d'environ deux ans, et qui se manifestait sous la forme d'une constipation telle qu'il ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide de purgatifs, d'efforts violents, de compression de l'abdomen avec les mains, et que cette défécation douloureuse s'accompagnait de l'écoulement par l'urètre d'un liquide blanchâtre et visqueux. Il n'était pas difficile de voir qu'il s'agissait là d'une expulsion de liqueur prostatique, mais le malade se croyait atteint de spermatorrhée, et, ce qui est plus étrange, c'est qu'un médecin consulté par lui partagea son erreur, lui incisa le méat et pratiqua des cathétérismes répétés. L'auteur examina le rectum, qui était d'une exploration difficile : en effet, quand le doigt arrivait à environ deux pouces et demi au-dessus du sphincter, il était arrêté par un spasme très énergique des fibres musculaires circulaires du rectum : la compression exercée sur le doigt explorateur était assez forte pour être douloureuse. Faite pendant l'anesthésie par l'éther, l'exploration était aisée et le doigt ne rencontrait aucun obstacle. Un jet de lumière envoyé dans le rectum montra que la paroi rectale ne présentait rien d'anormal. On profita de l'anesthésie pour faire la dilatation du sphincter, qui donna d'excellents résultats, malheureusement l'amélioration ainsi obtenue ne persista pas au delà de quelques semaines.

Après divers essais thérapeutiques l'auteur s'aperçut que chaque fois qu'il conseillait au malade l'emploi d'un médicament ou d'un procédé nouveau, il en résultait une sédation morale qui supprimait complètement le spasme rectal pendant quelque temps ; il s'ingénia alors à multiplier et à varier les prescriptions dont chacune eut un succès momentané, et quand il fut à bout de ressources thérapeutiques, il conseilla un voyage en mer, pendant toute la durée duquel la défécation redevint normale : mais dès que le malade eut mis le pied à terre, tout fut à recommencer. Au bout de deux ans et demi de tentatives pharmaceutiques et psychiques, le malade était tellement abattu et désespéré qu'il réclamait une opération, préférant même un anus contre nature à son état actuel.

Une opération fut en effet pratiquée par l'auteur, non pas la colotomie réclamée, mais l'incision d'une bande de tunique muqueuse du rectum, large d'un doigt et longue de 3 pouces,

prise sur la paroi postérieure : la tunique musculaire fut ensuite divisée jusqu'au tissu connectif. Le résultat de cette opération, bien que M. Culver reconnaisse qu'il a été surtout psychique, a été très favorable et s'est maintenu plus de deux ans. Retombé dans son état pathologique antérieur, le malade reçut le conseil de voyager, et à Heidelberg, il consulta le professeur Kussmaul qui lui conseilla des lavements d'huile d'olive, mais en lui recommandant de les prendre avec un appareil tellement hérissé de thermomètres, de robinets et de soupapes qu'il est manifeste qu'il avait reconnu le véritable état névropathique du malade et qu'il avait surtout cherché à agir sur son imagination : ici encore le résultat fut une amélioration qui dura environ une année. Comme son père était dans le commerce du houblon, on le chargea d'aller faire des acquisitions de cette plante dans l'Orégon. Il y passa deux années pendant lesquelles il demeura libéré de toute misère intestinale. Mais le spasme rectal fut remplacé par un trouble d'ordre absolument différent, que l'auteur décrit, mais ne se charge pas de définir : dans le trouble nouveau, pour lequel le malade a consulté nombre de médecins de la région où il se trouvait, l'élément psychique joue encore un état important, puisque la simple idée qu'il allait trouver des médecins qui le guérissaient a déterminé une amélioration qui progressait à mesure que le malade approchait de New-York. Ce trouble a été caractérisé au début par l'apparition brusque, sans prodromes, d'une sensation de chaleur et de brûlure au périnée, avec élevures de la peau se propageant aux fesses et aux cuisses : l'épaisissement de la peau était énorme : les bords en étaient d'un rouge vif : la sensation de brûlure et le prurit étaient intenses. — Ces manifestations cutanées se sont reproduites plusieurs fois. Au bout de quelques heures la saillie cutanée devient moins dure, mais la peau reste considérablement épaissie, rouge, gonflée, tendue au point d'être luisante, et ce gonflement dure environ un jour pour disparaître ensuite complètement (sauf la rougeur qui persiste un ou deux jours de plus) sans laisser de trace, et sans passer par la desquamation. L'intervalle qui sépare ces poussées cutanées varie de quelques jours à plusieurs semaines. Le point de départ, la zone de propagation de ces singulières lésions sont très variables et ne respectent pas la face. Les médecins de l'Orégon ont fait le diagnostic d'érysipèle et ont vainement épuisé chez lui tous les remèdes ordinaires de cette maladie ; le seul médicament qui le soulage est une lotion contenant du chloroforme et de l'acide cyanhydrique. L'auteur s'est demandé, vu le genre d'occupation du malade dans l'Orégon (achats de houblon) si l'action du lupulin ne pouvait pas être incriminée. Toutefois il demeure convaincu qu'il s'agit là de troubles trophiques de la peau ayant la même origine névropathique que l'ancien spasme rectal.

R. DE MUSGRAVE CLAY.

LII. Hémianopsie transitoire et rétrécissement concentrique du champ visuel dans un cas de paralysie infantile d'origine cérébrale; par W. Koening. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 3, 1895.)

Il s'agit d'une fillette de douze ans avec hémiplégie droite dont il ne restait au moment de l'examen qu'une parésie du facial inférieur. Plus tard accès d'épilepsie avec parésie droite passagère consécutive aux accès.

L'auteur a observé chez cette malade une hémianopsie homonyme droite accompagnée d'un rétrécissement concentrique du champ visuel.

L'hémianopsie disparaît progressivement; en même temps le champ visuel s'élargit et au bout de deux mois tout rentre dans l'ordre. Lwoff.

LIII. Sur la forme grave de la sclérose artérielle du système nerveux central; par L. Jacobsohn. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 3.)

L'auteur fait remarquer qu'on désigne souvent sous les noms de paralysie bulbaire chronique ou aiguë et pseudoparalysie bulbaire, des états les plus divers et dans lesquels les lésions du bulbe ne jouent qu'un rôle effacé ou ne sont pas seules en jeu. Les formes graves de l'artério-sclérose se localisent en effet rarement dans le bulbe. Presque toujours les ramollissements, les hémorragies, les thrombus, sont disséminés dans tout le système nerveux central.

Dans l'observation personnelle, dont il donne une description anatomo-clinique détaillée, les phénomènes bulbaires étaient prédominants; les autres symptômes se rattachaient, comme l'a démontré l'autopsie, à des foyers de ramollissement et d'hémorragie disséminés dans la protubérance, le pédoncule et les hémisphères.

Le seul nom qui convient aux nombreux cas de ce genre, dit l'auteur, est celui de « *ramollissements multiples* ». Lwoff.

LIV. Sur la pachyméningite cervicale hypertrophique; par Korppen. (*Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 3, 1895.)

Deux cas de pachyméningite cervicale hypertrophique avec examen microscopique.

L'origine syphilitique est nettement démontrée pour le premier cas, elle doit être considérée comme très probable pour le second.

L'auteur insiste sur les différences cliniques et anatomo-pathologiques, par lesquelles ses cas s'écartent du type classique Charcot-Joffroy.

Il ne s'agit pas dans la pachyméningite cervicale hypertrophique d'une lésion des méninges localisée à la hauteur de la moelle cervicale. La moelle tout entière, le bulbe et même le cerveau peuvent participer aux lésions comme le démontre l'étude clinique et microscopique des deux cas en question. Adamkievicz et Wieting ont publié des cas analogues.

Pour l'auteur, l'épaississement de la dure-mère n'est pas la lésion primitive.

Il a trouvé les méninges des régions dorsale et lombaire atteintes par le processus pathologique, et la dure-mère à ce niveau était intacte; si dans la région cervicale, la dure-mère participe aux lésions, ce n'est que par suite des rapports plus intimes avec la moelle. Les lésions intra-médullaires doivent être considérées aussi comme primitives, elles ne sont qu'influencées par les lésions des méninges.

Tout en admettant que dans certaines maladies des vertèbres, les lésions de la dure-mère peuvent être considérées comme cause de la pachyméningite, on ne peut s'empêcher de remarquer que ce n'est pas là la règle.

Dans les cas d'Adamkievicz, de Wieting et de l'auteur, le processus pathologique est analogue à celui de la syphilis médullaire, et avec Wieting il croit qu'il serait plus juste de les désigner sous le nom de *méningomyélite chronique*. LWOFF.

LV. UN CAS DE PARALYSIE ISOLÉE TRAUMATIQUE PAR LÉSION A LA BASE DU NERF OCULOMOTEUR EXTERNE; par A. EULENBURG. (*Neurolog. Centralb.*, XIII, 1894.)

La cause de cette altération fut un coup de couteau reçu au niveau du segment postéro-inférieur de la région temporale droite, au point d'entre-croisement de deux droites formées : l'une par l'allongement du bord supérieur de la cavité orbitaire; l'autre par le prolongement de la branche montante du maxillaire inférieur. L'oculomoteur externe fut complètement sectionné au point où il est isolément accessible, c'est-à-dire en l'endroit où, se dirigeant contre le plan incliné postéro-latéral à la selle turcique (clivus basilaire), il va pénétrer dans le sinus caverneux, où il se place au côté externe de la carotide interne. Paralysie complète, mais tendance à la régénérescence. P. K.

LVI. CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ENTRE LES TUMEURS DES TUBERCULES QUADRIJUMEAUX ET CELLES DU CERVELET ; par L. BRUNS. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 2.)

Etude de deux observations. L'auteur établit que l'association de l'ophtalmoplégie et de l'ataxie n'implique point le diagnostic de

tumeurs dans les tubercules quadrijumeaux, mais que c'est l'ordre de succession de ces deux syndromes qui importe. Un néoplasme siégeant dans ces organes se manifesterait d'abord par une paralysie des muscles de l'œil, tandis qu'un néoplasme cérébelleux débuterait par de l'ataxie de la marche. P. KERAVAL.

LVII. DES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ ET DE LEURS LOCALISATIONS DANS LE TABES DORSALIS; par M. LAEHR. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 3, 1895.)

Parmi les troubles de la sensibilité, l'hypesthésie *du tronc* apparaît de bonne heure et paraît être constante. Pendant longtemps elle se manifeste au tronc par une diminution de la sensibilité aux frôlements, tandis qu'aux membres supérieurs c'est la sensibilité à la douleur et la notion de position qui diminuent tout d'abord.

Au tronc, les troubles apparaissent d'abord dans la zone d'innervation des nerfs dorsaux moyens. Ils s'étendent ensuite régulièrement et le plus souvent d'une façon symétrique en haut, atteignant le bras, et en bas jusqu'aux régions sacrée et lombaire. Ces régions présentent souvent des plaques isolées à sensibilité normale.

Cette anesthésie tactile ne suit pas le trajet des nerfs périphériques, mais correspond exactement aux zones d'innervation des racines postérieures.

On trouve sur les limites de l'hypesthésie et entre ses différents territoires de l'hypéralgie, surtout pour les sensations de froid.

LWOFF.

LVIII. POLLUTIONS NOCTURNES ET ÉPILEPSIE; par le Dr ZUCARELLI. (*Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, Mars 1895.)

L'auteur dit avoir vu deux malades qui, sous l'influence des variations atmosphériques, font pendant leur sommeil des rêves effrayants, dans lesquels ils sont tantôt entraînés à se livrer à des agressions et à des actes de violence peu en harmonie avec leur manière d'être à l'état de veille et tantôt poussés à se livrer à des actes charnels répugnants.

Dans ce dernier cas, le rêve s'accompagne de pollutions involontaires qui se répètent à de courts intervalles. Ces pollutions involontaires représenteraient, d'après l'auteur, autant de petites décharges épileptiques, qui s'effectueraient non par l'intermédiaire des muscles de la respiration et de la vie de relation, mais pour la musculature des organes de sécrétion et d'excrétion du sperme. Ce seraient des accès d'épilepsie partielle qui se produiraient à la suite d'une excitation cérébrale limitée et circonscrite. M. Zucarelli leur donne le nom de *crises d'épilepsie de nature érotique et caractérisées par des pollutions.* G. D.

LIX. Diabète insipide avec rétention d'urine spasmodique simultanée chez une jeune fille hystérique; par A. Linke. (*Centralb. f. Nerveinheilk.*, N F V, 1894.)

De ces deux symptômes est résultée une énorme distension de la vessie nécessitant le cathétérisme. On évacua successivement 1,200, 10,000, 4,500, 8,000, 7,000, 6,000, 5,000. 3,000 centimètres cubes d'une urine faiblement acide, jaune clair, limpide, ayant des densités de 1.008, 1,001, 1,004, 1,002, 1,003, 1,006, ne contenant ni albumine ni sucre. La contracture du sphincter vésical fut à un certain moment telle qu'il fallut employer des cathéters solides ou demi solides; les bougies urétrales cocaïniques à 0,05 demeuraient d'ailleurs impuissantes. Cette attaque de polyurie spasmodico-urinaire ne dura pas moins de onze jours. Peut-être faut-il attribuer le spasme à la suggestion produite sur la malade par les plaintes d'une voisine atteinte d'une rétention d'urine; en tout cas, elle eut pour cause physique le spasme des muscles de l'urètre et de la vessie. Quant à la polyurie, c'est une compagne fréquente de l'hystérie, surtout avec grandes attaques comme ici. Etude comparative des travaux de Mathieu (polyurie hystérique *in Revue Neurologique*, 1893, n° 19), et de F. Esmarch (spasme vésical. *Arch. f. Klin. Chirurgie*, XXIV. 4), Engesser (*Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1885, 13, 14), Arndt (hyperkinésie vésicale. *Lehrb. der Psychiat.*) P. K.

LX. Contribution a la pathogénie de l'acromégalie; par A. Tamburini. (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, XVII, N F V, 1894.)

La malade en question était une belle personne jusqu'à l'âge de vingt ans; à cette époque, les règles se suspendirent et l'acromégalie s'établit graduellement, d'abord dans les membres inférieurs, puis à la tête, finalement dans les bras (épaississement extrême des mains et des pieds). Quelques années plus tard elle était prise de délire de persécution, avec phases d'agitation et démencé. Elle est morte dans le marasme d'entérite chronique. — *Autopsie* avec étude microscopique. *Conclusion :* les processus dégénératifs de la glande pituitaire, en en abolissant les fonctions, produisent l'acromégalie, de même que le myxœdème est le résultat de l'atrophie de la glande thyroïde. La lésion dégénérative aurait, de même que l'acromégalie, deux phases. Une première phase est caractérisée par la suractivité, l'hypertrophie de la glande pituitaire, cette suractivité se traduit par l'exagération de substances anormales dans l'organisme, qui aboutit à l'accroissement du volume des os. La seconde phase se traduit par une altération secondaire dégénérative quelconque (kystique, adénoïde) de l'organe ; à ce moment, l'accroissement des os cesse, et il survient une cachexie mortelle.

Cette constatation est en rapport avec l'histoire du gigantisme ordinaire ; dans les cas de ce genre, on a noté une hypertrophie de la glande pituitaire avec agrandissement de la selle turcique. L'excès de fonction de cette glande entraîne donc bien de l'hypernutrition, surtout de l'hyperproduction des substances qui, molécule à molécule, forment de l'hyperplasie des os et des autres tissus. Gries, en administrant de l'arsenic et du phosphore aux jeunes animaux, a produit du gigantisme artificiel.

Nous publierons plus tard le résultat d'expériences relatives à la longue administration de grandes quantités de suc de la glande pituitaire sur l'organisme. P. KÉRAVAL.

LXI. AMYOTAXIE CÉRÉBRALE ; DIFFÉRENTES SORTES DE CONVULSIONS D'ORIGINE CÉRÉBRALE ; FONDS DÉGÉNÉRATIF ; par G. ROSSOLIMO. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894).

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un homme arrivé à l'âge moyen de la vie présentant des symptômes physiques et intellectuels de dégénérescence. Il s'est mis dès l'enfance à bégayer pour des raisons psychiques; plus tard, après avoir fatigué la main droite (c'est un écrivain de profession), il a éprouvé des sensations désagréables dans ce membre envahissant bientôt les autres extrémités et le tronc et s'accompagnant de contractions musculaires involontaires finissant par contracturer le bras droit. Le repos absolu n'arrive que la nuit. Il n'obtient de répit dans le jour que s'il concentre toute son attention sur un mouvement réel ou voulu exécuté dans l'espace avec la main droite, par exemple en faisant le geste d'écrire dans le vide. Pendant toute la durée de la maladie, convulsions fibrillaires et fasciculaires. M. Rossolimo établit qu'il ne s'agit pas de complications du bégaiement, non plus de la crampe des écrivains, ni de l'athétose, ni de la tétanie, ni des tics. Il relève les signes dégénératifs tels que la complexion féminine, l'ogive palatine, la brièveté du frein lingual, le phymosis, l'anomalie coccygienne de Féré, l'exagération du système pileux sur le dos de la main droite et la face correspondante de l'avant-bras. Il y a une perpétuelle mobilité musculaire qui rappelle la neurasthénie et les tiqueurs, se complique d'une tendance aux obsessions et impulsions; elle a provoqué l'hypertrophie des muscles et des attaches osseuses, et elle se double des crises choréiformes, athétoïdes, réflexes, avec troubles de la sensibilité, qui sont de l'*amyotaxie*, de l'hyperkinésie réflexe.

OBSERVATION II. — Il s'agit en ce cas d'une sorte d'athétose avec les accidents convulsifs des bégayeurs et de la crampe des écrivains, plus comparables à la maladie des tics et aux hyperkinésies toniques.

Genèse uniforme. — Hyperexcitabilité de l'appareil moteur, depuis

les centres corticaux et les noyaux de la substance grise, jusqu'aux faisceaux isolés des muscles. Exagération dans la transmission des impulsions centripètes de la peau, du sens musculaire, et des centres psychiques sur l'appareil moteur. Telle est l'*amyotaxie cerébrale* due à un vice de construction dégénératif du cerveau, exactement comme dans les obsessions. P. KERAVAL.

LXII. SUR LA RÉCIDIVE ET LA DIPLÉGIE DANS LA PARALYSIE FACIALE RHUMATISMALE; par P. HÜBSCHMANN. (*Neurolog. Centralbl.*, XIII, 1894.)

Statistique. — Sur 6806 cas de maladies nerveuses en 14 ans (1890-94) il n'y avait que 135 cas de paralysie faciale périphérique, soit 2 p. 100. Le tableau des causes révèle quatre-vingt-dix-neuf fois le rhumatisme, soit 73 p. 100, et 12 fois l'otite moyenne ou toute autre affection auriculaire, soit 12 p. 100. Sur les quatre-vingt-dix-neuf cas de rhumatisme, 54 concernaient l'homme, et 45 la femme. Age de 20 à 50 ans. Le refroidissement et les intempéries auxquels sont exposées les travailleurs jouent leur rôle, quoique la maladie soit de toute saison, et qu'il n'y ait que peu de formes graves à la saison froide. Rareté des douleurs initiales qui, en tous cas, n'ont rien à voir avec le pronostic. On ne note que 6 récidives sur les quatre-vingt-dix-neuf cas en question, soit 6,1 p. 100. En voici néanmoins 5 observations résumées. L'*autopsie* faite par Minkowski d'un suicidé en pleine évolution d'une paralysie faciale rhumatismale grave, vient, de concert avec les faits de Voigt, Strübing, Eulenburg, Remak, Hoffmann, prouver qu'il s'agit d'une affection simultanée des rameaux nerveux sensitifs qui conduisent les nerfs trophiques et qui s'anastomosent avec les rameaux terminaux du facial. La clinique montre du reste qu'en l'espèce, le facial n'est pas seul atteint. Donc, comme l'a dit Mœbius, et comme le confirme l'autopsie de Minkowski, la paralysie faciale rhumatismale est probablement une espèce de maladie infectieuse, qui, généralement, n'atteint l'homme qu'une fois. Et, quand il y a récidive, c'est que la première atteinte n'a pas conféré l'immunité, ainsi que cela se voit pour la scarlatine et la rougeole. Le refroidissement joue ici le rôle d'adjuvant, comme dans la pneumonie fibrineuse. Le facial réagit par la paralysie parce qu'il est le seul moteur; il est aussi probable que l'agent nocif lèse plus gravement les fibres motrices que les fibres sensitives, celles-ci réagissant par une excitation douloureuse plus ou moins vive. Il n'est pas rare de voir la lésion passer d'un facial à l'autre (obs. VI) grâce aux anastomoses. Ainsi s'établit la bilatéralité de la paralysie faciale ou *diplégie*. En voici un beau type. D'abord une légère paralysie faciale à droite traduisant l'atteinte du nerf jusqu'au point d'émergence de la corde du tympan (troubles du goût); six mois après, récidive du même côté (paralysie de moyenne gravité). Alors le processus morbide passe

de l'autre côté, atteint d'abord le facial supérieur, puis, quand cette branche a récupéré sa motilité, la paralysie reparaît et sévit sur le facial inférieur. Les deux facials sont donc atteints jusqu'au-dessus du point de départ de la corde du tympan. A ce moment la paralysie disparaît du côté gauche, le dernier pris; il ne reste qu'une légère parésie à droite qui disparaît à son tour en 4 semaines environ. La diplégie s'était effectuée en 3 semaines. La diplégie est très rare; en un demi-siècle on en a à peine recueilli 18 cas. Mais cette observation prouve bien la *progression de la névrite ascendante* qui affecte, justement, la *marche propre aux maladies infectieuses*. Ajoutons avec Neumann que toute maladie, y compris la tare névropathique, propre à affaiblir la résistance de l'organisme, prédispose l'homme à une paralysie faciale, pourvu qu'il s'expose à l'agent nocif qui, probablement, produit la lésion.

P. Keraval.

LXIII. Syndrome rappelant la sclérose latérale amyotrophique, chez un syphilitique; par les Drs Olivier et Halipré.

Un syphilitique, dix ans après l'infection, est atteint de paraplégie à tendance spasmodique avec thermo-analgésie et troubles des sphincters. Pendant plusieurs années l'affection reste stationnaire, puis la paralysie spasmodique s'établit définitivement, les contractures gagnent les membres supérieurs où l'atrophie est très marquée, tandis qu'elle est légère seulement aux membres inférieurs. Les sphincters ont recouvré leur intégrité. Les troubles sensitifs ont disparu. Puis paralysie transitoire de la troisième paire et quelques phénomènes bulbaires stationnaires pendant plusieurs années.

Huit ans après le début des accidents paraplégiques, le sujet succombe au cours d'un érysipèle.

L'examen anatomo-pathologique permet de constater : *a*). Sclérose bilatérale du faisceau pyramidal direct et croisé ; *b*.) Sclérose bilatérale du faisceau cérébelleux direct ; *c*). Sclérose du faisceau de Lissauer ; *d*). Légère sclérose du cordon de Goll dans la région cervicale ; *e*). Disparition de la colonne de Clarke ; *f*). Lésions légères du groupe antéro-interne des cellules de la corne antérieure ; *g*). Atrophie du noyau de la douzième paire.

Après une discussion intéressante, les auteurs rattachent ce cas, complexe à une forme anormale de tabes combiné chez un syphilitique, à une combinaison de lésions relevant à la fois des artères radiculaires postérieures et de la spinale antérieure. (*Revue Neurologique*, août, 1895.) E. B.

LXIV. Un cas d'arthropathie du genou, bilatérale et symétrique ; par les Drs Glorieux et Van Gehuchten.

Bel exemple d'arthropathie du genou survenue chez un tabétique

appartenant au type sensitif pur de Brissaud : douleurs lancinantes, crises gastriques, troubles génito-urinaires, troubles de l'ouïe, insensibilité à la pression du nerf cubital, sensation de coton à la plante du pied, troubles de sensibilité douloureuse et thermique, signe de Romberg. Absence d'ataxie, de diplopie, de ptosis, etc. En même temps que l'arthropathie tabétique aux deux genoux, ce malade présente un mal perforant au pied droit : de plus, il est rachitique et les auteurs se demandent, sans trancher la question, si le rachitisme n'a pas été une cause prédisposante aux troubles articulaires du tabes. (*Revue Neurologique*, septembre 1895.) E. B.

LXV. Un cas de sclérose en plaques a forme d'hémiplégie alterne ; par le Dr Adam Wizel.

Il s'agit d'un malade présentant d'une part le syndrome de Millard-Gübler, c'est-à-dire une paralysie du facial et du moteur oculaire externe d'un côté, coïncidant avec une parésie des membres du côté opposé, et d'autre part des symptômes incontestables de sclérose en plaques : exagération des réflexes, tremblement intentionnel, nystagmus, décoloration des papilles, troubles de la parole, troubles vésicaux, etc.

L'auteur estime qu'il y a lieu de rapporter les deux syndromes à la même source, de reconnaître dans le tableau clinique complexe et polymorphe une seule maladie, une forme fruste de la sclérose en plaques. Il y aurait localisation d'une plaque scléreuse au niveau de la protubérance, en ce lieu où l'on voit passer, en étroit voisinage, le faisceau pyramidal et les fibres des nerfs facial et moteur oculaire externe.

A côté des trois variétés des formes frustes de la sclérose en plaques par intervention des phénomènes insolites, déjà distinguées par Charcot, (variété hémiplégique, variété tabetique, et variété latérale amyotrophique) il y aurait donc lieu d'ajouter une quatrième variété, la variété hémiplégique alterne. (*Revue Neurologique*, juin 1895.) E. Blin.

LXVI. Un cas de tumeur cérébrale avec hémianesthésie ; par J. Mackay. (*Brain*, été et automne 1895.)

Un homme de quarante-cinq ans a présenté un léger affaiblissement moteur de tout le côté gauche avec ophtalmoplégie droite, et surtout anesthésie complète pour toutes les sensibilités à gauche. L'autopsie montre à droite une tumeur lenticulaire de 4 centimètres de diamètre sur 2 centimètres d'épaisseur oblitérant les circonvolutions temporo-sphénoïdales en leur milieu et sur la moitié de leur largeur. Ramollissement de la partie sous-jacente à la tumeur ainsi que du lobule lingual et du tronc de la troisième paire à

droite. L'intégrité de la substance blanche correspondant à ces régions dans la capsule interne et le pédoncule laisse supposer que les portions intéressées de l'écorce étaient bien le siège exact des troubles sensitifs observés. F. B.

LXVII. Un cas d'ophtalmoplégie unilatérale complète ; par F. Tresillian. (*Brain*, été et automne, 1895.)

Homme de quarante-trois ans, syphilitique depuis huit ans, présente deux gommes cutanées et d'un côté ptosis, immobilité du globe oculaire, myosis, amblyopie et anesthésie de la paupière. Amélioration notable par le traitement spécifique. Gomme probable du sommet de l'orbite vers la fente sphénoïdale. F. B.

LXVIII. De l'élément physiologique de l'émotion ; par E. Wright. (*Brain*, été et automne, 1895.)

Les facteurs de la réaction émotive sont : 1° un violent stimulus sensoriel ; 2° une extrême tension dans les centres réflexes ; 3° un débordement d'influx nerveux d'abord dans les conduits efférents allant aux muscles involontaires, puis dans ceux des muscles semi-volontaires, enfin dans ceux des muscles volontaires. C'est cette *haute tension dans les centres réflexes* qui constitue l'essence physiologique de l'émotion. Les réflexes viscéraux sont secondaires, ils sont une manifestation consécutive du phénomène psychique qui seul coïncide avec cette tension centrale préreflexe.

Un même stimulus souvent répété arrive à perdre son pouvoir émotionnel par le fait du remplacement du réflexe somatico-viscéral par un réflexe somatique spécialisé. Le bond d'un lapin provoque chez le chasseur novice un réflexe général, sursaut, palpitation, tremblement, etc. ; plus tard il ne produira chez ce même chasseur qu'un réflexe adapté au tir. L'influx se trouve donc canalisé et détourné des conduits viscéraux vers des conducteurs somatiques déterminés. Il faut pour cela qu'il existe un système de contrôle des réflexes, sans lequel du reste la vie ne serait qu'un chaos de mouvements musculaires entraînant une déperdition constante d'énergie, qui ne laisserait aucune réserve pour les besoins futurs. La constitution de cette provison nerveuse est caractéristique de la vie humaine. Pour les muscles volontaires le contrôle est entièrement dévolu à l'inhibition ; venue d'en haut elle exerce une action continue sur le centre réflexe médullaire avec la faculté de se relâcher éventuellement ; de cette manière, tout stimulus pour provoquer le réflexe doit avoir préalablement soulevé tout un poids mort d'inhibitions. Ce réflexe des muscles volontaires représente donc une décharge de faible tension. Le centre viscéral au contraire subit infiniment moins l'influence des inhibi-

tions supérieures, son contrôle lui est surtout intrinsèque, et le réflexe dû seulement à une extrême accumulation de force nerveuse en ce centre, représente une décharge haute tension. Or, c'est cette haute tension qui s'accompagne d'un sentiment plus ou moins grand d'angoisse, d'où la lutte par l'habitude contre l'émotion consiste non dans la substitution d'un réflexe à un autre, mais bien d'un état de faible tension à une condition de haute tension. Ceci revient à rendre plus libre l'échappement dans les conducteurs somatiques par une plus prompte suspension des inhibitions. Guskell compare un segment médullaire à une citerne recevant l'eau par deux bouches dont l'une représente les nerfs centripètes viscéraux, et l'autre les nerfs centripètes somatiques. La citerne possède par contre deux tuyaux d'échappement, l'un en haut, nerfs centrifuges viscéraux, et l'autre en bas, nerfs centrifuges somatiques, celui-ci est muni d'une soupape obturatrice mobile qui représente les inhibitions. Si cette soupape est fermée ou insuffisamment ouverte l'accumulation de l'eau atteint l'échappement supérieur et s'écoule surtout par cette voie. Si la force de l'eau qui arrive actionne un appareil destiné à soulever la soupape, l'écoulement se fait régulièrement par en bas. Enfin en supposant diverses modifications de l'apport d'eau et diverses conditions des deux échappements on peut reconstituer l'image de tous les états émotifs ou réflexes imaginables. F. Boissier.

LIX. Sur l'épilepsie sénile et le symptôme de Griesinger du a la thrombose basilaire ; par M. Naunyn (de Strasbourg) (*Journal de neurologie et d'hypnologie*, n° 1 et 2.)

La compression des carotides ayant déterminé chez trois sujets, devenus épileptiques après soixante ans, des accès analogues à ceux qui se produiraient spontanément, M. Naunyn conseille de s'abstenir de ce procédé. Il suffit en effet que la circulation artérielle du cerveau soit troublée par une cause quelconque ou qu'il existe une artério-sclérose légère pour que la compression des carotides puisse déterminer des attaques épileptiformes. G. D.

LX. Deux cas de tumeur du canal rachidien comprimant la moelle ; par MM. Raymond et Nageotte. (*Journal de neurologie et d'hypnologie*, n°s 1 et 2.)

Le premier cas concerne un homme de vingt-six ans chez lequel l'affection débuta par des sensations douloureuses dans les membres inférieurs et par une faiblesse croissante. En même temps survinrent des douleurs en ceinture et une névralgie du septième espace intercostal gauche. A l'hôpital on constate une paraplégie spasmodique qui, au bout de quelque temps, devint

flasque en même temps que disparaissaient tous les phénomènes douloureux. Anesthésie remontante jusqu'à la huitième vertèbre dorsale, troubles sphinctériens. Mort quatre mois après le début des accidents par tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie on trouva une tumeur violacée paraissant s'être développée primitivement dans le sixième trou de conjugaison dorsal droit : un des prolongements de la tumeur s'étendait sous la plèvre, l'autre sous les muscles des gouttières vertébrales, le troisième dans le canal rachidien où il comprimait la moelle.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans qui se plaignit d'abord de fourmillements dans la plante des pieds et d'une faiblesse des jambes qui augmenta peu à peu. Bientôt cet homme fut atteint d'une paralysie spasmodique, de contractions douloureuses et de troubles sensitifs variés dans les membres inférieurs, consistant principalement en une déformation syringomyélique plus ou moins complète. Paralysie des sphincters, crises pseudo-angineuses, léger nystagmus. Mort par broncho-pneumonie dix mois après le début des accidents.

A l'autopsie on trouva un sarcome logé dans le huitième trou de conjugaison dorsal droit comprimant la moelle par un prolongement intra-rachidien. Dans les deux cas la lésion médullaire était de même nature : il s'agissait d'une myélite diffuse transverse qui altérait les cylindraxes sans les sectionner complètement, il leur eût été dès lors possible de remplir leurs fonctions si la cause de leur altération, c'est-à-dire la compression de la moelle, avait été supprimée. Les constatations histologiques dans ces deux cas étaient donc en faveur d'une intervention chirurgicale. G. D.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

I. Parjure, hystérie, amnésie et irresponsabilité, expertise médico-légale ; par Krafft-Ebing. (*Jahr. f. Psych. und Neurol.*, 1895; XIII, 2, 3.)

Il s'agit d'une malade condamnée à deux mois de prison pour parjure. Son défenseur obtient une expertise médico-légale qui fit constater chez elle l'existence de l'hystérie, mais sans l'amnésie. La névrose de la malade s'aggravant nécessite son internement et provoque une nouvelle expertise. Krafft-Ebing reconnaît une tare neuropathique mais ne pense pas que l'amnésie puisse être invo-

quée pour excuser le parjure. L'hystérique, le neurasthénique, le vieillard, le débile ont généralement la conscience de leur peu de mémoire ; lorsqu'il s'agit d'un événement quelconque, ils déclarent généralement qu'ils ne se rappellent pas telle ou telle circonstance, mais n'ont pas l'habitude comme dans le cas en question de déclarer catégoriquement une chose. L'amnésie dans ce cas manque d'une base médico-psychologique et n'est pas admissible scientifiquement. P. SERIEUX.

II. ÉTUDE LÉGALE DE L'IMPUISSANCE DANS L'ILLINOIS ; par le Dr BAUM.

Les questions d'"impuissance ou d'incapacité d'un des conjoints de satisfaire aux fins du mariage, qui sont la procréation de l'espèce, soulèvent assez fréquemment des questions dont la solution est le plus souvent difficile.

L'auteur rapporte un intéressant procès qui s'est déroulé récemment dans l'Illinois : une femme demandait le divorce en alléguant que depuis son mariage, qui remontait à deux mois, son mari, adonné à la masturbation, n'avait pas accompli une seule fois ses devoirs conjugaux. Les juges déboutèrent cette femme de sa demande : rien ne prouve, disait le jugement, que l'impuissance du mari soit définitive et il y a lieu d'espérer que, s'il renonce à ses pratiques dégradantes, il pourra remplir ses devoirs d'époux. (*The alienist and neurologist.*, avril 1895.) E. B.

III. RAPPORT SUR L'ÉTAT MENTAL DU SIEUR A..., INCULPÉ D'OUTRAGE AUX MŒURS. PERVERSIONS SEXUELLES. EXHIBITIONNISME ; par le Dr RAYNEAU.

Il s'agit d'un cantonnier âgé de soixante-dix ans, accusé d'exhiber ses organes génitaux et de se masturber devant des enfants qui allaient à l'école.

L'histoire de cet homme est intéressante au point de vue de l'aberration du sens génital. Depuis l'âge de douze ans, A... éprouve à la vue d'un mouchoir une excitation génitale particulière suivie d'érection. Dès qu'il pratiqua le coït, il chercha surtout à dérober les mouchoirs des femmes qu'il fréquentait pour se masturber ensuite avec.

Malgré d'assez violents désirs, il ne pouvait d'ordinaire arriver à pratiquer le coït qu'après s'être recouvert la verge d'un mouchoir ; ce revêtement bizarre déterminait aussitôt l'érection. Avec l'âge, l'excitation produite par le mouchoir n'a plus suffi à réveiller ses sens endormis et c'est en s'exhibant aux enfants et en se découvrant qu'il parvenait à trouver sa vigueur perdue : à la perversion sexuelle est venue se joindre l'exhibitionnisme. (*Annales médico-psychologiques*, mai 1895). E. B.

IV. Les mesures législatives contre les dits délinquants « irresponsables »; par le Dr Gilbert Ballet.

D'un intéressant rapport fait au cinquième congrès pénitentiaire international, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La législation actuelle est insuffisante à protéger la société contre les délinquants criminels déclarés irresponsables pour cause de maladie mentale. Il y a lieu de la modifier;

2° Les délinquants ou criminels pathologiques se divisent en plusieurs groupes : l'internement doit être pour les uns définitif, pour les autres temporaire ou intermittent ;

3° Il est à désirer que la magistrature ait à intervenir d'office pour ordonner la séquestration des aliénés criminels reconnus, après enquête médicale, irresponsables et dangereux. C'est à elle aussi que doit incomber la mission d'autoriser la sortie définitive ou provisoire de l'asile, quand l'enquête médicale l'aura reconnue opportune ;

4° Il n'y a pas lieu de créer des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels ;

5° Mais il serait nécessaire d'avoir un ou des établissements intermédiaires à la prison et à l'asile, pour y interner par jugement les fous moraux et certains autres délinquants ou criminels (certains épileptiques et alcooliques), dont la responsabilité en justice est considérée comme atténuée.(*Annales médico-psychologiques*, octobre 1895.) E. B.

V. Contribution a la psychologie du vagabondage. Un vagabond qui se range; par le Dr Cullerre.

Histoire des plus curieuses d'un malheureux déséquilibré, âgé de trente ans, abandonné à lui-même dès son jeune âge, qui, après une existence vagabonde et neuf condamnations pour vol, vagabondage et mendicité, est venu se fixer dans un petit village des plus reculés du Bocage vendéen. Poussé dès son enfance à une sorte de mysticisme morbide, il s'est nourri avidement depuis dix ans, malgré son manque de culture intellectuelle, de lectures abstruses bien au-dessus de sa portée, puis, à la suite d'hallucinations et de phénomènes extatiques, il s'est cru initié aux grands mystères, s'est affilié aux sociétés occultes et en est arrivé à se croire doué de facultés surnaturelles et divinatoires et à verser dans le délire des grandeurs. Aussi, avec la plus grande ingénuité s'est-il livré à la divination ainsi qu'à la médecine, faisant de nombreuses dupes dans ce coin perdu du Bocage vendéen, fournissant ainsi au milieu de notre existence moyenne un épisode qui semble nous reporter en plein moyen âge. (*Annales médico-psychocogiques*, oct. 1895.) E. B.

VI. De l'évidence de l'état sain de l'esprit dans les affaires criminelles ; par le Dr Kiernan.

Par la citation de nombreux exemples, l'auteur montre que ni la préméditation, ni l'adresse dans l'exécution, ni le motif, ni la dissimulation, ni la complicité, ni la crainte d'être découvert, ne sont des témoignages certains de l'état sain de l'esprit dans un cas donné.

Souvent, en effet, les actes criminels accomplis par un aliéné sont tirés d'un motif logique ou bien accomplis sous l'influence d'une idée délirante, peuvent se rapporter à des motifs logiques. De même un aliéné qui commet un homicide sous l'influence d'idées délirantes, peut parfaitement prendre toutes les précautions aptes à préserver sa vie. Aussi les principes de la justice supérieure de la loi commune et de la science demandent que, dans chaque affaire criminelle, l'état sain de l'esprit de l'accusé soit établi sans qu'il puisse exister aucun doute. Aucun prétendu devoir envers la société, aucune exigence publique ne peut justifier l'écart de ces principes scientifiques. L'énorme quantité d'aliénés, placés dans les prisons, montre que l'excuse de la folie, au lieu de constituer un abus, est trop rarement mise en lumière. (*The alienist and neurologist*, avril 1895). E. B.

VII. Les aliénés et le droit civil; par le Dr L. Derode. (*Bull. de la Soc. de Médecine Ment. de Belgique*, décembre 1894.)

On sait que, d'après la loi française, la procédure d'une demande en interdiction ne comporte pas nécessairement une expertise médicale. C'est contre cette lacune de la loi que s'élève M. Derode. Dans son travail, il s'efforce de prouver que l'intervention de la science est aussi nécessaire dans les affaires de la justice civile où la folie joue un rôle, que dans celles qui relèvent de la justice criminelle. Quant à l'expert, il ne doit formuler que des conclusions rigoureusement scientifiques et ne pas se hasarder à émettre des appréciations arbitraires basées sur des impressions où la science n'a rien à voir. Plutôt que d'apporter à la justice des affirmations téméraires, il doit s'abstenir de conclure et se borner à exposer les raisons qui lui paraissent de nature à entretenir l'incertitude et le doute. G. Deny.

VIII. Uranisme et pédérastie ; par le Dr Stefanowski.

L'auteur établit la distinction qu'on rencontre entre la pédérastie et l'uranisme.

La pédérastie est bien plus souvent acquise qu'innée ; elle apparaît tard. Le pédéraste reste d'aspect masculin ; ses penchants sont

matériels et grossiers. La pédérastie est plus souvent un vice qu'une maladie; elle peut être modifiée par la volonté ou par un traitement moral et soit comme vice, soit comme profession, doit être punie par la loi.

Au contraire l'uranisme est inné et se manifeste dès l'enfance en même temps que les habitudes; l'aspect extérieur, les vêtements même sont féminins. Les malheureux qui y sont sujets adorent le membre viril, mais d'un amour idéal, souvent désintéressé; le coït anal est rare, la masturbation et l'onanisme buccal sont plus fréquents.

L'uranisme est toujours une maladie, un symptôme de dégénérescence, placé en dehors de la volonté, et comme difformité morale innée ne doit pas être puni par la loi. (*The alienist and neurologist.*, octobre 1894.) E. B.

IX. L'enfant criminel-né; par G. Diettrich.
(*Centralblatt f. Nervenheilk*, XVII, N. F. V., 1894.)

Type d'instincts pervers précoces dès l'âge de dix-huit mois.
P. K.

X. Paragraphe 51 et folie partielle; par Rieger.
(*Centralblatt f. Nervenheilk.*, N. F. V., 1894.)

Il s'agit d'une veuve de quarante-quatre ans qui a fait avorter plusieurs femmes et filles, fait pour lequel elles ont été condamnées. Cinq rapports de spécialistes ont été faits sur son compte. Est-ce une folie partielle? Ses actes sont-ils la conséquence de ses idées délirantes? Etude analytique complète. Elle formule des accusations terribles contre le bourgmestre, or, si ces accusations sont fausses, il appert qu'elles sont le produit non d'un mensonge conscient, mais d'une folie systématique maladive. Or s'il est reconnu qu'elle est paranoïaque, on ne peut lui appliquer de procédure pénale, en vertu du § 203 du Code pénal qui dit : « Qu'il y a lieu d'interrompre définitivement une action judiciaire suspendue, dès qu'on oppose à la procédure ce fait que le délinquant est devenu aliéné consécutivement après l'acte délictueux. » Si donc le tribunal décide qu'elle n'est plus maintenant justiciable des débats juridiques et qu'elle ne peut les suivre, il doit lui appliquer le § 80 du Code, et la faire séquestrer dans un asile comme aliénée dangereuse. P. Keraval.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Séance du 24 février 1896. — Présidence de M. Charpentier.

Fausse mémoire.

M. Arnaud communique une observation d'illusions de *déjà vu* ou fausse mémoire. Il s'agit d'un officier de trente-quatre ans qui, aussitôt après une fièvre paludéenne très grave, devint neurasthénique, présenta une amnésie continue ou antérograde, de la faiblesse de l'attention, des idées de persécution assez développées (aucune espèce d'hallucinations). Mais le symptôme le plus important de cet état morbide est l'illusion de *déjà vu*, qui dure depuis plus de trois ans et qui s'étend à la plupart des faits de la vie mentale. Le malade reconnaît tout ce qu'il voit, tout ce qu'il entend, tout ce qu'il fait, tout ce qu'il pense, pour l'avoir déjà vu, entendu, fait et pensé l'année dernière, dans des circonstances et dans un milieu identiques. Cette illusion très intense, complique et trouble toute l'existence du malade ; elle entraîne secondairement toutes sortes d'idées et d'appréciations fausses.

Il est important de préciser le moment où se produit la fausse reconnaissance. En présence d'un fait nouveau, le malade l'apprécie comme tel; mais, environ une minute après, il affirme qu'il le reconnaît très exactement pour l'avoir déjà connu l'année dernière, etc.

Chez ce malade, l'intervalle entre la perception réelle et le souvenir illusoire est, dans tous les cas, sensiblement le même. L'illusion ne présente pas les caractères du souvenir, elle n'est localisée dans le temps que par des procédés indirects (journaux, saisons, etc.), par le raisonnement qui joue un très grand rôle chez le malade ; — elle a la même étendue, les mêmes limites que la perception ; — enfin elle n'est pas continue, son extension apparente est due à une habitude, à un faux pli de l'esprit. L'explication psychologique de l'illusion de déjà vu doit être cherchée dans le mécanisme de la perception et dans l'état de la mémoire. Elle pourrait être trouvée dans l'influence combinée de la situa-

tion et de la forme particulière d'amnésie (amnésie continue, antérograde) qui existent chez ce malade.

Cette observation est encore intéressante au point de vue étiologique; car on ne trouve dans les auteurs qu'un très petit nombre d'exemples de troubles de la mémoire liés au paludisme.

M. Jannet critique le terme de fausse mémoire. Pour lui, il s'agit plutôt d'un trouble de perception, que d'un trouble de la mémoire. Il a observé des phénomènes analogues chez un hystérique neurasthénique. Ses yeux se fixaient-ils, par exemple, sur le nez de son interlocuteur, qu'il croyait voir un nez pour la première fois.

Un autre malade pensait que les événements auxquels il assistait, duraient depuis longtemps.

M. Garnier estime aussi que la dénomination de fausse mémoire n'est pas très bien fondée; il pense néanmoins que le terme doit être conservé, parce que ce syndrome ne s'observe que chez les amoindris de la mémoire.

M. Jannet. — Un auteur anglais, Mayer, qui a publié un travail sur la mémoire, désigne le phénomène du nom de promnésie. Il serait intéressant de rechercher quelles formes d'amnésie coexistent avec la fausse mémoire.

M. Charpentier demande à M. Arnaud quelle serait l'attitude de son malade si on le mettait en présence d'un évènement auquel il a été réellement associé, pendant que s'accomplissait celui qu'il croyait faussement avoir déjà constaté.

M. Arnaud. — Cette expérience s'est produite au moment de l'enterrement de Pasteur. Mon malade a accepté momentanément la rectification en attribuant à des maléfices de ses persécuteurs, on illusion de *déjà vu*.

M. Briand. — Quand vous lui demandez quelle va être la suite de l'événement qu'il prétend s'être déjà accompli antérieurement et que vous le priez de vous en indiquer quelle en a été la conséquence ultérieure, que répond-il ? Pour la campagne de Madagascar, par exemple, à laquelle il croit assister pour la seconde fois, quelle terminaison lui donne-t-il ?

M. Arnaud. — Il me répond invariablement que la mémoire lui fait défaut et qu'il ne se souvient plus de ce qui s'est produit par la suite. M. B

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE.

LE CERVEAU DU MOUFLON; par le professeur Benedikt (de Vienne).

Benedikt (de Vienne) fait une communication sur le cerveau du mouflon (Ovies Musimon), qui réunit les qualités des onguiculés avec celles des primates, — comme il possède une scissure centrale et précentrale et des scissures sagittales très développées. La seconde scissure de Leuret du mouflon conflue avec la scissure centrale et la partie moyenne et inférieure de cette scissure représente alors l'arc descendant antérieur de la seconde scissure de Leuret, ce que Benedikt avait conclu depuis longtemps et ce qui est prouvé par le spécimen étudié.

Benedikt donne quelques renseignements généraux sur les résultats de ses études sur l'anatomie comparée des scissures. Il a suivi deux principes. Le premier était de chercher dans la série des animaux les scissures complètes. Il a reconnu alors que ces scissures complètes consistent en une série d'éléments indépendants l'un de l'autre, qui peuvent exister ou manquer dans les différents types.

Comme il a reconnu que ces éléments indépendants peuvent entrer en combinaison libre, avec des éléments des autres scissures il fallait suivre le second principe, de dénommer les éléments et de les ranger convenablement.

Le plus instructif était l'étude de la scissure calleuse marginale (scissure limbique interne) et de la scissure rhinale (scissure limbique externe). La première est complète chez le cheval et se trouve plus rarement complète chez l'homme principalement sur des cerveaux de dégénérés. On voit alors que le style de la scissure paréto-occipitale interne, n'est autre chose que la scissure rétrosplénique de l'arc rétrosplénique de la scissure calleuse marginale des animaux.

La scissure rhinale est très bien représentée chez l'homme. La scissure olfactive représente sa partie frontale. La partie temporale de celle-là est représentée chez l'homme par la scissure, qui sépare la circonvolution d'hippocampe du lobe temporal et cette scissure est moins bien développée sur un des deux hémisphères de l'homme. Cette scissure temporo-hippocampique se continue chez l'homme dans la scissure collatérale, qui existe comme partie occipitale de la scissure rhinale chez les animaux.

La *première scissure de Leuret*, comme on la trouve par exemple chez les carnivores, peut devenir complète avec de minimes inter-

ruptions du pôle frontal jusqu'au pôle occipital par exemple chez le rosuarus et le taureau comme nous savons des publications de *Turner*. Chez l'homme les scissures secondaires sagittales de la première circonvolution frontale représentent la partie frontale de cette première scissure de Leuret; chez beaucoup d'animaux elle existe comme scissure coronaire (supérieure).

Chez l'homme, M. Benedikt a retrouvé la partie pariétale dans certains cerveaux par exemple dans le cerveau de *Francesconi*. En arrière c'est l'étage supérieur de la scissure inter-pariétale qui appartient chez l'homme, à cette première scissure de Leuret et sa continuation occipitale qui se trouve chez les animaux comme scissure médio-latérale (première scissure occipitale).

La *seconde scissure de Leuret* se trouve complète par exemple, chez les brebis. Chez l'homme, la scissure dite première scissure frontale représente la partie frontale de cette scissure, qui est interrompue en arrière par les circonvolutions ascendantes et les scissures transversales centrales.

Dans la région sus-sylvienne et pariéto-temporale, la seconde scissure de Leuret est représentée par l'étage moyen de la scissure inter-pariétale (ou scissure de *Turner*, selon M. Benedikt). Dans la région occipitale la seconde scissure de Leuret n'est pas toujours représentée en général très distinctement. Sur certains cerveaux — comme chez un Américain décrit par Benedikt — cette partie est au contraire très accentuée (c'est alors la seconde scissure occipitale).

La *troisième scissure de Leuret* est complète chez le narval décrit par Turner, pour la partie temporo-pariétale et centrale et assez complète pour le lobe frontal. Elle y manque pour le lobe occipital. Chez l'homme la partie frontale de cette troisième scissure de Leuret est bien développée; c'est la scissure dite scissure seconde frontale. Elle manque dans la partie centrale et en général dans la région sus-sylvienne où elle est représentée par exception dans un nombre restreint des cerveaux, comme par exemple chez un Feilah, décrit par Benedikt. C'est alors un arc horizontal sus-sylvien, qui correspond à l'arc horizontal de la troisième scissure de Leuret, par exemple chez le chien.

Dans la région temporo-occipitale, la troisième scissure de Leuret est au contraire toujours représentée chez l'homme par une scissure constante, nommée par Benedikt la scissure temporo-occipitale. Elle naît dans la région temporale et aboutit au pôle occipital (comme troisième scissure occipitale) où elle sépare la partie externe de la circonvolution fusiforme de la troisième circonvolution occipitale. La scissure temporo-occipitale apparaît chez beaucoup d'animaux et y est désignée souvent comme scissure ecto-latérale par les auteurs.

Benedikt ajoute encore pour compléter les scissures sagittales,

que la scissure dite scissure présylvienne correspond à la scissure frontale externe de l'homme, qui sépare le lobe frontal externe de la circonvolution orbitaire.

Jusque-là il s'agissait des scissures sagittales. Non moins importante est la discussion des *scissures transversales* et leur forme variée dans les différentes classes des gyrencéphales. A la face interne du cerveau il y a différentes branches transversales de la scissure marginale calleuse ou plutôt des arcs verticaux sur la scissure nommée.

Chez l'homme il y a un arc qui sépare la circonvolution quadrilatère de la circonvolution paracentrale; c'est une scissure rétrocentrale interne.

Chez beaucoup d'animaux il y a au contraire un arc transversal — la scissure croisée — qui représente une scissure précentrale interne. Cet arc ne manque pas toujours chez l'homme, mais il est en général rudimentaire.

Un autre arc transversal est celui qui sépare la circonvolution quadrilatère du lobe occipital et que Benedikt désigne comme scissure précunéenne.

Elle est constante chez les primates, et à peu d'exceptions confluente chez l'homme avec l'arc rétro-splénique de la scissure marginale calleuse et n'est pas sous cette confluence rare chez les animaux, mais était méconnue ou négligée par les auteurs.

Un autre arc vertical sur la scissure marginale-calleuse, c'est la scissure calcarine des primates qui, chez l'homme, conflue à peu d'exceptions avec la scissure rétro-splénique et avec la précunéenne et qui existe souvent — quoique rudimentaire — chez les animaux. Les scissures transversales de la région centrale ne sont pas, selon Benedikt un privilège des primates.

Depuis longtemps M. Benedikt a insisté sur ce point, qu'il faut chercher la scissure centrale par exemple chez les carnivores, en arrière et au milieu de la région dite « psycho-motrice », dont un bord antérieur est la scissure croisée et Benedikt a prétendu, qu'une petite scissure transversale au bout antérieur de la première scissure de Leuret chez un nombre de carnivores doit être reconnue comme représentante au moins de la partie supérieure de la scissure centrale des primates.

Plus tard il a insisté sur ce que l'arc descendant antérieur de la seconde scissure de Leuret, par exemple des carnivores représente la partie moyenne et inférieure de la scissure centrale et il démontre aujourd'hui sur le cerveau du moufflon, que sa présomption est justifiée.

L'arc antérieur de la troisième scissure de Leuret, des carnivores correspond à la partie inférieure de la scissure rétro-centrale de l'homme et souvent à l'étage inférieur de la scissure inter-pariétale ou de Turner. L'arc descendant postérieur de la troisième

scissure de Leuret des carnivores correspond à la première scissure temporale de l'homme, et l'arc descendant de la seconde scissure de Leuret des carnivores correspond dans sa partie supérieure à la scissure pariéto-occipitale externe de l'homme et dans sa partie inférieure à la seconde scissure temporale de l'homme.

M. Benenikt ajoute que les gyrencéphales ont des scissures à fentes, à vallons et à raies ou à stries. Lesdits gyrencéphales ont seulement des scissures à raies ou à stries.

ASILES D'ALIÉNÉS.

I. Sur le recrutement futur et sur la situation du personnel d'infirmiers dans les asiles; par W. F. Menzies. (*The Journal of mental Science*, juillet 1894.)

La difficulté toujours croissante que tous les directeurs d'asiles trouvent à recruter convenablement leur personnel de service suffit à démontrer la nécessité de certaines réformes. Suivant l'auteur, ces réformes devraient porter principalement : 1° sur l'âge minimum des candidats qui doit être élevé; 2° sur la durée des heures de service qui doit être abrégée, et sur la durée des heures quotidiennes de loisir et des vacances annuelles qui doit être augmentée; 3° sur le régime alimentaire qui demande à être amélioré; 4° sur la nécessité de fournir au personnel un « chez soi » séparé des salles de malades, et d'encourager les jeux de plein air; 5° sur l'utilité de compléter l'enseignement pratique au point de vue des soins à donner aux malades, et en particulier aux aliénés.

Ce sont là les desiderata les plus importants : mais après une étude attentive de la question, l'auteur est amené à formuler les conclusions suivantes : il est difficile dans l'état actuel des choses de relever le niveau du personnel appelé à donner des soins aux aliénés. Les heures de service, le régime alimentaire peuvent être l'objet d'améliorations graduelles, mais pour le moment peu marquées; les améliorations peuvent être telles cependant que lorsque l'enseignement technique sera prêt à fonctionner, et que les conditions matérielles de la vie auront été favorablement modifiées, on puisse compter sur le recrutement d'un personnel d'infirmiers d'un niveau social supérieur au niveau actuel. R. M. C.

II. Epreuves, misères et griefs d'un directeur d'asile privé; par Lionel A. Weatherly. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1894.)

L'auteur énumère, sous une forme parfois humoristique, les ennuis et les déboires que rencontre dans l'administration de sa maison de santé, un directeur d'asile privé. Il reconnait d'ailleurs de bonne grâce que les médecins-directeurs d'asiles publics sont peut-être encore plus à plaindre. R. M. C.

III. Revue des vingt dernières années a l'asile des aliénés de la ville et du comté de Worcester; par E. Marriott Cook. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1895.)

Compte rendu intéressant et détaillé du fonctionnement de cet asile, des progrès de tout genre qui y ont été réalisés et des améliorations qui restent à y introduire. R. M. C.

IV. Les aliénés au « workhouse »; par M. J. Nolan. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

Le « *Workhouse* », institution de charité paroissiale à plusieurs fins, a pour but, en Angleterre, de pourvoir à des misères sociales très diverses : il recueille des malades et des vagabonds, des aliénés et des indigents, etc. Il occupe une place importante dans tous les travaux des auteurs qui se préoccupent du placement, de l'internement et de l'hospitalisation de ces diverses catégories sociales. Ni le mot, ni la chose n'existant en France, il devient très difficile de rendre utilement compte des travaux de ce genre ; nous nous bornerons donc à reproduire les très sommaires conclusions de l'auteur, qui sont les suivantes :

« Il est désirable : 1° de pourvoir au sort des idiots et des épileptiques idiots dans un ou plusieurs établissements mieux adaptés à cette fin que le *Work-house* ; 2° de transférer les « simples aliénés » et les « aliénés épileptiques » dans des asiles régionaux, où ils recevront de l'Etat les soins et l'assistance dont ils ont été jusqu'ici injustement privés. » R. de Musgrave Clay.

V. Discours présidentiel prononcé au collège royal des médecins de Dublin, le 12 juin 1894, a l'ouverture de la cinquante-troisième réunion annuelle de l'association médico-psychiatrique; par Conolly Norman. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

Comme la plupart des harangues officielles, ce discours touche à des sujets très divers, et par là il est très intéressant; mais par là

aussi il échappe à toute analyse, étant lui-même une analyse des progrès accomplis et des desiderata à combler en matière de psychiâtrie. R. M. C.

VI. Rapport sur l'organisation matérielle d'un asile d'aliénés moderne; par Krayatsch. (*Jahrbücher fur Psychiatrie*, t. XIII, f. 2, 3, 1895.).

L'auteur est directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Kierling-Gugging (Basse-Autriche) dont la construction, décidée en 1885, se poursuit encore actuellement. Il a mis à profit de nombreuses visites dans les asiles autrichiens et allemands et l'expérience qu'il a pu acquérir dans le nouvel établissement qu'il dirige, pour fixer les conditions de l'organisation matérielle d'un asile d'aliénés moderne. Son mémoire, très documenté, mérite d'être consulté.

Il faut renoncer entièrement aux asiles *fermés* : en effet, ils ne valent ceux construits suivant le système des pavillons isolés, ni au point de vue hygiénique, ni au point de vue du groupement des malades d'après leur état mental. En outre la possibilité d'accidents tels que incendie, épidémie, va contre la construction d'établissements de ce genre. Le système des pavillons isolés est aujourd'hui presque unanimement reconnu comme le meilleur et n'a contre lui que les médecins qui en ignorent les avantages, ou ceux qui font passer avant tout la commodité du service.

L'éloignement des pavillons de malades du bâtiment de la direction, des villas des médecins, de la chapelle, de la cuisine, n'a pas d'importance. Il importe seulement que le bâtiment d'administration, situé sur le front de l'établissement, soit d'un abord commode. Les pavillons peuvent être disposés parallèlement à un grand axe constitué par le bâtiment d'administration, la cuisine, la chapelle, la salle des fêtes, ou se rangent en sens inverse, à droite et à gauche des bâtiments précédents.

Il faut assurer autant que possible la séparation des divisions réservées à chaque sexe. Le plus simple semble, à première vue, de construire des établissements séparés pour chaque sexe, comme on l'a fait en France, en Saxe, en Belgique. Mais on ne peut cependant recommander cette façon de trancher la difficulté en raison : 1° de l'entrave qu'on apporterait à l'instruction du corps médical, les modes d'évolution des psychoses différant suivant le sexe; 2° de ce fait que l'asile unisexué perdrait le caractère familial des établissements mixtes (distractions plus rares, perte pour les femmes des préoccupations ayant trait à la toilette); 3° des inconvénients provenant de l'absence de la main-d'œuvre des hommes dans un asile de femmes et *vice versa* (lingerie, cuisine, travaux divers; 4° de l'impossibilité où l'on serait de réunir dans

un même asile le mari et la femme tous deux frappés de folie.

Le *choix de l'emplacement* est très difficile si l'on veut tenir compte des exigences hygiéniques, administratives et financières. L'asile doit être construit, autant que possible, au milieu d'une province, dans le voisinage d'une ville possédant un tribunal et des autorités administratives, à environ 2 kilomètres d'une station de chemin de fer. De cette façon les approvisionnements ne seront pas trop coûteux, et l'asile bénéficiera du voisinage d'un centre urbain au point de vue du service des eaux, de l'éclairage, des canalisations, des écoles (pour les enfants du personnel).

Situation. — L'asile doit être mis à l'abri des vents régnants par sa situation sur un terrain en pente; le terrain de culture doit complètement isoler l'établissement pour lui éviter le voisinage ultérieur d'usines qui a bien des inconvénients.

La superficie du terrain d'assiette (pavillons de malades et leurs préaux) doit être calculée d'après le chiffre minimum de 40 mètres carrés par tête; il faut y ajouter la superficie des routes et des chemins, des parcs, du bâtiment administratif, de la chapelle, de la cuisine, de la buanderie, etc. En Angleterre, on compte 10 ares par tête de malade pour évaluer la superficie réclamée par un établissement.

Pour apprécier l'*étendue du terrain* nécessaire pour le bétail, l'auteur se base sur les chiffres suivants : un asile de 500 malades possède, avec le personnel (1 p. 8), une population de 600 personnes. Le lait nécessaire est d'environ 360 litres par jour (60 centilitres par tête). Une vache fournissant environ 10 litres de lait, l'étable devra en contenir 36, soit 46 avec les jeunes. Pour ce troupeau il faut environ 35 hectares de prairie; pour 4 chevaux, 3 hectares; pour la culture des pommes de terre, 5 hectares; pour le jardin potager, 3 hectares; soit en tout 46 hectares, auxquels il faut ajouter les 8 ou 9 hectares du terrain d'assiette, en tout 56 hectares.

Nombre des pavillons de malades. — Au point de vue économique de grands bâtiments, à plusieurs étages et comprenant chacun un nombre élevé de malades, sont avantageux. Mais les inconvénients multiples de ce système doivent le faire rejeter. La surveillance est difficile ou impossible dans des pavillons de 50 à 60 malades; l'agitation y devient contagieuse. Avec des groupements plus restreints il est possible de faire un classement meilleur des aliénés en tenant compte de leur état mental et de leur situation sociale. L'auteur conseille la construction de pavillons à un seul étage, pour 50 malades; ces pavillons devront être aménagés de façon à pouvoir être séparés en deux sections de 25. Au premier étage, les dortoirs. Chacun d'eux ne doit pas avoir plus de 10 lits. Au rez-de-chaussée, deux salles de réunion, chacune pour 25 malades, deux chambres pour les sujets alités, trois cellules pour chaque section de 25 aliénés, une salle de bain commune, un esca-

lier commun et les water-closets. Les deux sections sont réunies au rez-de-chaussée, et au premier étage, par une porte de communication qui peut être fermée. Avec 20 quartiers (10 pour chaque sexe) construits sur ce modèle on pourra se passer d'un quartier cellulaire spécial. Dans plusieurs quartiers les cellules prévues pourront être transformées en simples chambres d'isolement.

Les *ateliers* devront autant que possible être situés en dehors des quartiers. Exceptionnellement on pourra utiliser le sous-sol ou les combles de ces derniers.

Les pavillons destinés aux sujets atteints de psychoses aiguës différeront au point de vue de leur disposition et de leur *aménagemant* des pavillons réservés aux autres sujets. Dans les anciens asiles on distinguait des quartiers pour les tranquilles — pour les demi-agités — pour les agités — pour les malpropres. Un établissement moderne doit posséder un pavillon d'admission pour les sujets nouvellement admis, un pavillon pour les malades tranquilles travailleurs, un autre pour les sujets dont on est moins sûr et qui ne travaillent pas régulièrement, un pavillon pour les épileptiques, un pour les paralytiques à la période terminale, avec dortoirs au rez-de-chaussée (pas de parquet en bois, mais carreaux). Enfin certains malades peuvent être logés dans le bâtiment des services généraux. Un pavillon spécial doit être réservé aux sujets atteints de maladies contagieuses.

Chambres de réunion, réfectoires.— Ces derniers doivent être contigus aux salles de réunion : ils peuvent être utilisés en outre comme salles de musique ou de lecture. La plupart des meubles doivent être faits en bois de chêne. De petites tables et des bancs n'ayant que deux places de chaque côté sont recommandables. Les chambres doivent être ornées de tables couvertes de fleurs, de tableaux. Les murs seront peints à l'huile jusqu'à la hauteur de 2 mètres.

Chambres d'infirmerie. — Elles ne doivent pas avoir plus de 10 lits et contenir autant de tables de nuit, de lavabos, d'armoires à médicaments et de grandes tables servant aux repas des malades. En général le nombre des maladies organiques incidentes varie entre 5 à 10 p. 100 par rapport à la population; il faut y ajouter, pour avoir le total des sujets alités, les malades soumis au traitement par le repos au lit. Il est donc nécessaire d'avoir une chambre de malades par pavillon. Le pavillon d'admission doit posséder une salle bien éclairée, à deux fenêtres, qui servira de chambre d'examen et d'opérations.

Chambres d'isolement, cellules. — Leur nombre sera de 10 pour 100 aliénés. Leur superficie de 12 à 15 mètres carrés et leur cubage de 50 à 70 mètres cubes. Nécessité d'une ventilation artificielle. Le chauffage central est préférable. Les fenêtres seront grandes; le quart ou le tiers en devra être mobile. Éclairage nocturne par l'ex-

térieur de la cellule. Portes solides, s'ouvrant en dehors, rapidement, et munies de plusieurs appareils de fermeture. Doubles portes pour certaines cellules. La plupart des cellules ne devront pas avoir de judas. Les murs doivent être résistants, faciles à nettoyer et à désinfecter. Parquets en bois solide. Pas de mobilier fixé au parquet.

Fenêtres. — Elles doivent être solidement construites dans les pavillons fermés. Dans les chambres d'isolement les fenêtres seront formées de petits carreaux de 20 millimètres d'épaisseur, maintenus dans une armature en fer. Pas de grilles. Le tiers supérieur servira à la ventilation.

Dortoirs. — 25 mètres cubes par lit. Ventilation artificielle. Rideaux. Chaises devant les lits. Chaises percées. Murs peints à l'huile. Les vêtements des malades seront déposés dans le vestibule du dortoir.

Lits. — Ils devront être en fer. Pour les gâteux, une paillasse; pour les autres malades, matelas de crin. Pas de lits de plumes.

L'auteur étudie dans tous les détails l'aménagement des salles-lavabos, des bains, des cabinets d'aisance, des offices, des cabinets de débarras, les questions du service des eaux (100 litres par malade et par jour), du chauffage (le meilleur est le chauffage par la vapeur d'eau à basse pression).

Les *jardins* doivent avoir une superficie basée sur le rapport minimum suivant : 40 mètres carrés par malade. Ils doivent être plantés d'arbres atteignant une taille élevée et fournissant de l'ombre (tilleuls, platanes, etc.). Les jardins seront entourés d'une clôture de $2^{m},50$ de hauteur (pavillon des sujets tranquilles), d'un mur de 3 mètres pour les pavillons de surveillance.

La disposition du bâtiment d'administration, des logements du personnel, de la chapelle, de la salle des fêtes, de l'étable, de la cuisine, de la buanderie, du pavillon pour les maladies contagieuses, des ateliers, l'organisation des services d'incendie, de vidange, toutes ces questions sont l'objet d'un examen très complet.

P. Sérieux.

VII. L'administration des aliénés a Berlin et en Ecosse, considérée spécialement au point de vue du placement des aliénés dans les habitations particulières; par John Sibbald. (*The Journal of Mental Science*, janvier et avril 1895.)

Il y a beaucoup de documents précieux et de renseignements intéressants dans ce mémoire d'une trentaine de pages : il y en a même trop pour qu'une analyse. fût-elle étendue, puisse en donner une idée suffisante : nous ne pouvons qu'indiquer, avec l'auteur, que la majeure partie du problème qui consiste à pourvoir à l'assistance des aliénés pauvres dans les habitations particulières, de-

meure aujourd'hui sans solution. Mais il n'est pas sans intérêt de noter que des efforts utiles ont été faits dans ce sens à Berlin, et que des médecins aussi compétents et aussi autorisés que les Drs Sander, Bothe et Otto restent convaincus qu'il est un grand nombre d'aliénés auxquels l'internement dans un asile n'est nullement nécessaire et qu'ils recevraient tout aussi bien dans des habitations particulières l'assistance dont ils ont besoin. R. M. C.

VIII. Impressions d'une rapide visite a un asile hollandais ; par M.-D. Macleod. (*The Journal of Mental Science*, avril 1895.)

Relation intéressante, mais un peu sommaire et superficielle (l'auteur lui-même le reconnaît de bonne grâce) d'une visite faite à l'asile de Meer-en-Berg, en Hollande, qui contient 1330 aliénés, et qui paraît être fort habilement dirigé par le Dr Van Deventer.
R. M. C.

IX. De l'assistance des épileptiques ; par le Dr Masoin. (*Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, décembre 1894.)

L'auteur établit dans cette conférence qu'il existe environ 5,000 épileptiques en Belgique, soit 1 pour 1000 habitants. Sur ces 5,000 épileptiques, 850 seulement sont séquestrés dans les asiles, les autres sont recueillis dans les hôpitaux ou hospices quand ceux-ci veulent bien les recevoir ; le plus grand nombre est laissé en liberté, et le reste à la charge des familles. M. Masoin démontre ensuite qu'aucune de ces catégories de malades ne reçoit en réalité les soins que leur état réclame. La séquestration ne convient en effet qu'aux épileptiques aliénés, et encore dans leurs intervalles lucides devraient-ils être placés ailleurs. A l'hôpital, on ne trouve aucune des conditions requises pour le traitement du morbus sacer. Dans la famille, à moins qu'il ne soit favorisé de la fortune, l'épileptique constitue un danger permanent pour lui-même et pour les siens.

En présence de l'insuffisance de ces trois modes d'assistance les seuls pratiqués en Belgique, l'auteur propose à l'exemple de ce qui a été fait dans plusieurs pays étrangers, de créer pour les épileptiques des asiles spéciaux, ou plutôt des colonies analogues à celles de Bielefeld, en Allemagne, de la Teppe en France, etc. G. Deny.

X. La nouvelle hospitalisation des aliénés par la méthode de liberté et son application a Ville-Evrard ; par le Dr Marandon de Montyel.

Au moment où le Conseil Général de la Seine s'occupe des plans du nouvel asile dont il a décidé la création sur le domaine de Ville-Evrard, c'est une question d'actualité pressante de savoir si l'établis-

sement projeté devra reproduire le type jusqu'ici suivi ou en différer radicalement, par adoption des idées nouvelles sur la matière.

La nouvelle méthode d'hospitalisation diffère du tout au tout de l'ancienne : à l'hygiène de l'isolement, elle substitue l'hygiène de la liberté. Plus de murs, ni intérieurs, ni extérieurs, mais des villas dispersées dans un parc, ou groupées sous forme de village : villas aux portes, aux fenêtres ouvertes pour 60 p. 100 des aliénés hospitalisés, fermées par une simple serrure et une grille tout à la fois solide et élégante pour les 40 p. 100 restant. Partout un milieu qui rappelle la vie ordinaire.

L'expérience de l'étranger ne saurait laisser de doute ni sur la possibilité de cette méthode, ni sur son efficacité. Mais une objection était à prévoir, c'est que ce qui peut se faire dans une nation peut très bien être impraticable chez sa voisine.

L'auteur, dans un mémoire des plus documentés, répond à cette objection et fournit la preuve expérimentale qu'elle n'a, dans ce cas, aucune valeur. En effet, il expérimente depuis huit ans, avec un plein succès, dans son service de Ville-Evrard, partant en France et sur des Parisiens, le traitement des aliénés par toute la liberté que comporte leur état : absence de mur extérieur et intérieur, développement considérable du travail, portes et fenêtres ouvertes, visites à volonté des familles, collations et villégiatures, possibilité d'écrire à toute heure, congés et sorties provisoires, etc. Tant au point de vue hygiénique qu'au point de vue thérapeutique, la nouvelle hospitalisation est beaucoup plus efficace que l'ancienne ; mais les résultats fussent-ils les mêmes, qu'il faudrait encore l'adopter, car, sans conteste, elle est mille fois plus humanitaire et plus agréable pour le malade et sa famille.

La réussite de la tentative entreprise par M. Marandon de Montyel a d'autant plus de valeur qu'il l'a conduite dans des conditions défectueuses de personnel, car il s'est contenté du nombre habituel des serviteurs dans les asiles fermés, bien que la nouvelle méthode exige un personnel beaucoup plus nombreux. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1896.) E. B.

XI. Asile d'idiots de Languehagen (Hanovre).

Cet établissement, d'abord propriété privée, a été considérablement agrandi, consécutivement à la loi du 11 juillet 1891 sur l'assistance des idiots et épileptiques, et sera incessamment transformé en asile provincial. Il est consacré à l'éducation et à l'hospitalisation des arriérés. Le nombre des malades est de 500. Le domaine cultural est de 60 hectares. L'âge de la plupart des malades varie de cinq à quinze ans; mais on garde certains sujets ayant dépassé ce dernier âge; on les utilise pour les travaux agricoles et dans les nombreux ateliers (de tailleurs, de reliure, de vannerie, de cordonne-

rie, de brosserie, etc.). Les filles sont employées aux travaux du ménage, à la buanderie. Deux cents enfants suivent les cours ; ils sont répartis en dix classes : la classe supérieure ne compte que 10 élèves. Le personnel enseignant se compose de 2 instituteurs et 5 institutrices. Le personnel de surveillance est dans la proportion de 1 pour 10, pour les enfants éducables, et de 1 pour 6, pour les enfants non éducables. Les infirmiers couchent dans les dortoirs des malades.

Un pavillon spécial est réservé aux agités et aux sujets atteints de maladies incidentes. Il existe des chambres d'isolement pour les affections contagieuses (tuberculose, etc.). Chaque quartier possède une chambre d'isolement. Le Dr Wulff conseille d'adopter, pour les établissements futurs, une disposition permettant d'associer deux sections d'hospitalisation (12 à 14 malades), afin de faciliter la surveillance. (Krayatsch. *Jahrbüch. f. Psychialrie*, t. XIV, f. 1 et 2, 1895.) P. Sérieux.

XII. Asiles d'idiots.

Etablissement pédagogique provincial de Potsdam. — Cet établissement, fondé en 1865, grâce à l'initiative privée, se composait primitivement d'un corps de bâtiment et de 4 hectares de jardins, de prairies et de terrain de culture. Agrandi en 1858 et 1864, l'établissement possède aujourd'hui 150 enfants des deux sexes. Depuis 1894, il est devenu asile provincial et dirigé par un comité composé du médecin, de l'instituteur et de l'aumônier, sous le contrôle de l'autorité administrative. Les dortoirs ont de 12 à 15 lits. Il n'y a pas d'infirmerie. Les enfants atteints de maladies contagieuses sont envoyés à l'hôpital de Potsdam. Il n'y a pas de chambres d'isolement ; les sujets agités sont transférés dans les asiles d'aliénés. Il y un grand réfectoire pour 120 personnes. L'inspecteur et sa famille prennent leurs repas en commun avec les enfants. Le régime alimentaire est bon.

Les enfants sont répartis en deux sections : 1° section des filles ; 2° section des garçons, divisée en trois quartiers : *a*) les enfants en bas âge, sous la surveillance d'infirmières ; *b*) les enfants plus âgés surveillés par des infirmiers ; *c*) les adultes.

Le personnel se compose d'un inspecteur, d'un instituteur, trois instituteurs-adjoints, huit infirmières, cinq filles de service. Les salles de réunion servent de salles d'école. On cherche à apprendre aux enfants un métier. On les utilise aux services généraux. Sur les 114 enfants, il n'y en a que 40 qui suivent l'école avec profit. (*Jahrbüch. f. Psychiatrie*, t. XIV, f. 1 et 2.) P. Sérieux.

XIII. Asile d'épileptiques de Postdam.

Cet établissement, dirigé par un pasteur, possède 120 malades

(épileptiques ou aliénés), répartis par groupes de dix dans différents pavillons. Chaque groupe a un dortoir, une chambre de réunion (avec un lit pour attaques), une salle-lavabo (avec une baignoire) et des cabinets d'aisance. L'infirmier couche dans le dortoir des malades, mais il dispose cependant d'une chambre particulière. Dans le pavillon où loge le Directeur, se trouvent les salles d'école ; chaque groupe de dix malades suit un cours spécial. Les murs des salles sont peints à l'huile et portent des maximes tirées de la Bible. Il existe un quartier cellulaire composé d'une grande salle de réunion d'où partent, à droite et à gauche, deux corridors éclairés par en haut, sur chacun desquels donnent six cellules et deux chambres d'isolement. Cet établissement sera prochainement transformé en asile provincial et dirigé par un médecin. (Krayatsch. *Jahrb. f. Psychiatrie*, f. 1 et 2, 1895.) P. Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

III. *Les névroses traumatiques. Etude pathologique et clinique ;* par le Dr Crocq fils. (In-8°, 1896, Société des Editions scientifiques.)

« L'étude des névroses traumatiques offre actuellement un intérêt énorme à deux points de vue bien différents : la clinique et la médecine légale.

« Les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes ne présentent, en effet, pas seulement l'importance médicale pure des autres affections nerveuses; ils sont encore le sujet de procès très fréquents et souvent le point de départ de vives polémiques entre les experts nommés par les tribunaux. »

Ces lignes, par lesquelles M. Crocq commence la très intéressante étude dont nous allons présenter une rapide analyse suffisent pour faire ressortir l'utilité pour le médecin de connaître exactement ces troubles nerveux, si complexes, parfois si bizarres, susceptibles de se produire à la suite d'un traumatisme.

Signalés pour la première fois par Brodie, décrits ensuite par Duchesne et par Robert, ces troubles nerveux ne furent sérieusement étudiés qu'en 1866 par Erichsen. Depuis cette époque, ils ont fait l'objet de nombreuses publications aussi bien en France qu'à l'étranger.

Quatre théories se sont formées pour les expliquer. L'auteur examine successivement chacune d'elles, et par une critique judicieuse, élimine la théorie d'Oppenheim et celle de Grasset, la pre-

mière considérant la névrose traumatique comme une entité morbide à part, la seconde ne voyant dans les névroses traumatiques que des formes d'hystérie, mais d'une hystérie spéciale, ayant ses caractères propres. De ces quatre théories, deux seulement lui paraissent acceptables : celle d'Erichsen, qui attribue à la commotion physique et aux lésions organiques le rôle principal dans le développement de ces névroses, et celle de Charcot, qui ne voit dans les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes que des formes hystériques ou neurasthéniques. Chacune de ces deux théories explique certains cas; elles ont le tort chacune d'être trop exclusives.

Au point de vue étiologique, trois éléments doivent entrer en considération : le traumatisme, l'émotion, la prédisposition. Là, les opinions sont divisées : Vibert considère la nature du trauma comme très importante dans la production des accidents nerveux; pour Charcot et son école, c'est l'émotion morale qui est le principal agent provocateur de ces accidents, la nature du traumatisme restant secondaire. Il importe cependant de faire une distinction : dans la catégorie des troubles nerveux graves, où les symptômes fonctionnels semblent se mêler à des troubles organiques, il faut noter cette circonstance, démontrée par l'observation, c'est que presque toujours ces troubles graves sont consécutifs à une secousse considérable, à une commotion violente. Dans la catégorie des névroses traumatiques pures, au contraire, le rôle du trauma est moins important et il semble bien que c'est l'émotion morale seule qui a provoqué l'apparition des phénomènes nerveux. Quant à la prédisposition, son rôle est tout à fait accessoire dans les névroses traumatiques graves; elle doit par contre entrer en ligne de compte s'il s'agit de névroses traumatiques purement fonctionnelles, dépendant d'une émotion morale ou d'une affection réflexe.

La symptomatologie des névroses traumatiques est très complexe; elle comporte une foule de troubles nerveux, tantôt simples et locaux, tantôt compliqués et généraux et pour la description desquels l'auteur maintient la division qu'il a précédemment établie entre les névroses traumatiques graves, avec commotion et lésions organiques probables et les névroses traumatiques pures, fonctionnelles.

Dans les névroses de la première catégorie, les phénomènes caractéristiques sont des troubles intellectuels, sensitifs, moteurs et généraux, avec prédominance des premiers. Ces phénomènes ont une grande analogie avec ceux de la neurasthénie traumatique pure; cependant en dehors d'eux, on rencontre fréquemment des caractères : névrite optique, atrophie papillaire, troubles de la vessie, inexcitabilité de la pupille à la lumière, début de cachexie, etc., qui permettent de soupçonner et de reconnaître l'existence d'une lésion organique.

Dans les névroses de la deuxième catégorie, d'où est exclue la possibilité d'une semblable lésion, où le traumatisme n'a en lui-même qu'une faible importance et est quelquefois insignifiant, où le plus souvent les troubles nerveux ont été précédés chez les malades d'une grande frayeur, avant, pendant ou tout de suite après l'accident, on peut rencontrer tous les symptômes caractérisent des affections en dehors du traumatisme, symptômes d'hystérie locale ou générale, à la fois locale et générale, de neurasthénie, chorée, épilepsie, avec ou sans hystérie, etc.; seulement ici, c'est le traumatisme qui a déterminé l'éclosion des accidents.

Toutes ces différentes manifestations sont successivement examinées par l'auteur avec une grande méthode, avec un soin scrupuleux, de manière à permettre d'établir un diagnostic aussi précis possible, diagnostic souvent très difficile et qui ne peut reposer, de même que le pronostic, que sur une étude approfondie de l'évolution de la maladie et sur la nature du traumatisme initial. Cette question du diagnostic et du pronostic a du reste un intérêt spécial et tout particulier; elle n'est pas importante seulement au point de vue du traitement, elle l'est encore au point de vue médico-légal, car le médecin peut être appelé comme expert à se prononcer devant les tribunaux et à déterminer si un malade atteint de névrose traumatique est capable ou non de reprendre ses occupations et quelle sera la durée probable de sa maladie.

Les *névroses traumatiques* de M. Crocq constituent une monographie complète du sujet. C'est une œuvre sérieuse, appuyée sur des faits nombreux, quelques-uns inédits, tous judicieusement interprétés. Au point de vue didactique, aussi bien qu'au point de vue pratique, elle présente un intérêt incontestable et nous semble ne rien laisser à désirer. Sa lecture s'impose à tous les médecins soucieux de connaître et d'apprécier la nature, la forme, la marche et la gravité des troubles si complexes et si variés, dont le traumatisme peut devenir la conséquence. Dr F. VILLARD.

IV. *Etude de la physionomie chez les aliénés;* par Luigi MONGERI. (*Internat. medizinisch-photogr. Monatsschrift.*)

L'étude de la physionomie peut être d'un utile secours dans le diagnostic des maladies mentales, c'est ce que démontre M. Mongeri, en s'appuyant sur de belles photographies représentant divers types d'aliénés. L'imbécile, l'idiot, le crétin, le dément ont le regard insignifiant; leur visage est sans expression et quand leurs muscles se contractent, c'est brusquement et violemment.

Le maniaque a la physionomie animée et changeante, les yeux luisants, etc. Le mélancolique a la physionomie triste, le regard effrayé et hagard. Les rides transversales du front existent surtout chez les exaltés ; les verticales chez les impulsifs ; les horizontales

et verticales concomittantes chez les lypémaniaques qui ont peur et souffrent. L'œil aussi exprime facilement l'exaltation et la dépression, selon qu'il est lucide ou terne, à regard mobile ou fixe.

La bouche est mobile chez les agités et immobile chez les mélancoliques. Le maintien des divers types d'aliénés est aussi différent: le maniaque est en mouvement perpétuel; le mélancolique accroupi, les yeux baissés, les mains inactives; les dégénérés, les idiots et les déments ont les vêtements en désordre et semblent insouciants. Au contraire, les convalescents ont le regard éveillé, les vêtements soignés et se préoccupent de tout ce qui les environne. J. N.

V. *Nègres criminels au Brésil;* par Nina Rodrigues. (*Archiv. di Psichiatria*, Scienze Penali ed Antropologia criminale, vol. XVI, fasc. IV et V.)

L'auteur interprétant la conduite d'un brigand fameux dans la province de Bahia, le nègre Lucas, en tire un argument en faveur des doctrines de l'école de Lombroso. Le crâne de Lucas ne présente pas d'anomalies accentuées, c'est celui d'un nègre supérieur, mais aussi il était chef de brigands, d'esclaves révoltés, et ses crimes affectaient des caractères particuliers: il ne tuait que les gens qui le trahissaient et ne faisait jamais mal à ses anciens maîtres, ni aux babitants du village où il était né. En un mot, il agissait plus comme un chef de tribu sauvage que comme un véritable brigand. J. Noir.

VI. *Epilepsie traumatique et trépanation.* — Epilepsie et folie épileptique dues à un traumatisme crânien et remontant à vingt-cinq ans et guéries par trépanation; par Boubila et J Pantaloni, de Marseille. (*Institut internat. de bibliogr. méd.*, Paris, 1895.)

Il s'agit d'une femme de vingt-trois ans, atteinte de folie intermittente avec tentatives de suicide et impulsions. Cette femme était en outre sujette à des crises convulsives épileptiformes et avait subi un arrêt de développement des facultés intellectuelles, à la suite d'une blessure au front, consécutive à une chute de balançoire. La trépanation paraissant indiquée fut opérée avec succès. La guérison de la maladie mentale s'effectua lentement, mais progressivement en six mois environ. J. Noir.

VII. *Du réveil des affections anciennes des centres nerveux (Paralysie infantile et hémiplégie cérébrale infantile)* ; par R. Pauly, de Lyon. (J.-B. Baillière, édit., 1895.)

L'auteur démontre qu'il existe des affections des centres nerveux qui peuvent, à des années de distance, se réveiller et donner lieu à une symptomatologie nouvelle; les cas s'observent surtout chez

les personnes atteintes dans l'enfance de paralysie infantile qui, quinze, vingt, quarante ans après, sous une influence banale, ont un réveil de la première lésion des centres nerveux. La maladie affecte alors le plus souvent le type de la paralysie spinale aiguë ou de l'atrophie musculaire progressive. Ce travail se termine par l'observation d'un malade atteint d'hémiplégie cérébrale infantile qui, cinquante ans plus tard, fut frappé d'un ictus qui augmenta ses contractures. J. Noir.

VIII. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* (Sixième session tenue à Bordeaux du 1er au 7 août 1895.) Volumes I et II publiés par le Dr E. Régis, secrétaire-général. — Comptes rendus. Paris, 1896, Masson, éditeur.

Nous venons de recevoir le compte rendu du Congrès de Bordeaux. Le premier volume est consacré aux rapports, le second aux discussions et aux communications individuelles. Nous devons féliciter vivement notre collaborateur M. Régis, secrétaire général du Congrès, d'avoir su, par son activité et son dévouement, mener promptement à bien cette publication. Si nous ne nous trompons son compte rendu est le premier qui soit paru des différents congrès qui ont eu lieu à Bordeaux. Comme nous avons publié très en détail dans les numéros de septembre et d'octobre des *Archives*, l'analyse de toutes les communications, nous devons nous borner aujourd'hui à signaler à nos lecteurs l'apparition des deux volumes qui constituent le compte rendu officiel du Congrès.

VARIA.

Assistance et éducation des enfants arriérés.

Rapport présenté à la délégation cantonale du Ve arrondissement; par Bourneville (séance de décembre 1895).

Messieurs,

Le département de la Seine assiste, traite et instruit à l'heure actuelle dans ses asiles ou quartiers d'hospices plus de mille enfants idiots épileptiques ainsi répartis :

Bicêtre	532 francs.
Colonie de Vaucluse	170 —
Salpêtrière	141 —
Fondation Vallée	140 —
Villejuif	44 —
Total	1.028 francs.

Quelque élevé que puisse paraître ce nombre, il ne comprend pas toute la population enfantine appartenant à cette catégorie d'enfants anormaux. On peut, en effet, évaluer à une centaine ceux qui sont inscrits pour être admis lorsqu'il y aura des lits vacants; d'autres demeurent dans leurs familles qui ignorent l'existence des établissements où on les reçoit et qui, mal renseignées, ne croient pas à la possibilité d'améliorer la situation physique et mentale de leurs malheureux enfants. D'autres enfin, après avoir été renvoyés de diverses écoles, parce qu'ils sont insuffisants, turbulents, instables ou pervers, placés même en correction, sont abandonnés à eux-mêmes, vagabondent et servent d'instruments à des misérables plus intelligents et plus vicieux.

En général, dans le public, on englobe sous le nom d'*idiots* tous les enfants qui sont, sous le rapport intellectuel, au-dessous de la moyenne. Les médecins tout en se servant du mot générique *idiots*, distinguent plusieurs *espèces*, suivant les degrés d'idiotie : 1° les *idiots* proprement dits — les plus malades; — les *imbéciles* ; — les *arriérés*. Les médecins reconnaissent aussi des variétés dans chacune de ces espèces.

A côté de l'*idiotie*, de l'*imbécillité* et de l'*arriération intellectuelles*, il y a encore l'*imbécillité morale* dans laquelle les facultés affectives et morales sont perverties, tandis que les facultés intellectuelles sont conservées ou peuvent même être développées.

Tous les enfants atteints d'idiotie, à tous les degrés, les enfants atteints d'imbécillité à ses degrés les plus avancés, les enfants frappés d'imbécillité morale doivent être *hospitalisés*, car leur séjour à la maison est dangereux et ils immobilisent en quelque sorte et presque complètement un des membres de la famille, alors que dans les asiles, une personne suffit pour soigner et surveiller 6 ou 8 enfants ou même davantage.

Ceux que vise la proposition que nous vous avons faite il y a quelques années, et, dont nous avons à nous occuper ici, ce sont les *imbéciles les moins malades*, inoffensifs sans altération des sentiments moraux et les *arriérés* ou les simples d'esprit.

Des premiers, un certain nombre sont hospitalisés. Or, comme ils ne sont pas dangereux et ne peuvent le devenir que s'ils sont sans surveillance de la part de leurs familles, il y aurait un grand avantage à les soigner et à les éduquer en dehors des asiles, en les laisant dans leurs familles et en les envoyant dans des *classes spéciales*. En agissant ainsi, on désencombrerait les asiles, laissant les places qu'ils détiennent à de plus malades qu'eux. On ferait de la véritable assistance républicaine puisqu'on leur viendrait en aide, en les maintenant dans leurs familles, tout en procédant à leur développement physique et intellectuel.

Les seconds, les *arriérés*, les *débiles*, les *insuffisants* sont soit dans les écoles, soit dans leurs familles. Ceux des écoles sont une

gêne pour les instituteurs et les institutrices. Ils troublent les classes, sans profiter des leçons. Ils sont l'objet de la risée, des moqueries de leurs camarades qui leur donnent des surnoms blessants; ils sont les souffre-douleurs des autres enfants.

Leur caractère s'irrite, ils deviennent violents, leur état mental s'aggrave.

Quant au dernier groupe composé des arriérés, souvent instables, qui sont censés rester dans leurs familles, ils sont généralement abandonnés à eux-mêmes, errent dans les rues, fréquentent les vagabonds ou les pires vauriens, et leurs servent d'instruments pour commettre des délits de toutes sortes et même des crimes. On les arrête, on les place dans des maisons de correction où ils finissent de se perdre et plus tard la société dépense pour eux, en pure perte, dans les prisons un argent qui aurait été mieux employé à les instruire, à les relever, à les perfectionner.

Pour ces différentes catégories d'enfants, les moins malades, qui n'offrent qu'une diminution des facultés intellectuelles, sans perversion notable des instincts, sans accidents convulsifs, les *asiles-écoles* ne sont pas indispensables. On pourrait les assister, les traiter et les instruire dans des *classes spéciales* où seraient employés pour eux les méthodes et les procédés d'éducation des asiles-écoles.

Nous ajouterons même que la société a le devoir de s'intéresser à eux. La loi sur l'obligation de l'instruction l'exige : il ne faut pas qu'ils soient plus longtemps hors de l'école. Aujourd'hui on les rejette de tous côtés, on essaie de l'école laïque, puis de l'école congréganiste. Finalement ils sont exclus. Que deviennent-ils? de mauvais sujets d'abord, ensuite des criminels, en général sinon toujours irresponsables.

Bien des fois, nous avons appelé l'attention sur ces *classes spéciales*, entre autres ici même, en 1891. Nous appuyions notre proposition sur l'existence, dans certaines villes des Pays Scandinaves, d'Allemagne, de la Suisse et d'Angleterre de ces *classes spéciales*.

Ce sont le Danemark et la Norwège qui, les premiers, paraissent avoir institué ces *classes spéciales*[1] qui leur ont rendu et leur rendent chaque jour d'incontestables services.

En 1889, le gouvernement bâlois a créé à titre d'essai, dans la ville de Bâle, des classes à l'usage des élèves de faible intelligence. « On n'y admet, ni les enfants atteints de maladies corporelles ou mentales, ni les enfants corrompus. » Le nombre des élèves d'une classe spéciale ne doit pas dépasser 25.

Au mois de janvier 1892, le *School Board for London* nous a adressé une de ses institutrices les plus distinguées, Mistress Burgwin,

[1] Voir : Bourneville. — *Assistance, traitement et éducation des enfants idiots*, rapport fait au Congrès national d'Assistance publique de Lyon en 1894, p. 112, 113, etc.

chargée de se rendre compte de ce que nous faisions dans notre service de Bicêtre. Sa mission consistait aussi à étudier, s'il y avait lieu, l'organisation de ces *classes spéciales* dont nous venons de parler. A la suite de la mission de Mistress Burgwin, le *School Board* de Londres a décidé en juillet 1892 l'organisation de *classes spéciales*. Il y avait en 1892 à Londres 9 classes spéciales avec 12 instituteurs ou institutrices titulaires et 7 adjoints qui ont acquis les qualités requises pour la direction des 7 nouvelles classes spéciales qui vont être créées[1]. En présence des résultats obtenus, d'autres villes se préparent maintenant à suivre l'exemple donné par le *School Board* de Londres. Les classes ont été visitées par les inspecteurs royaux. « Après cette inspection, dit Mistress Burgwin, quelques écoliers sont retournés dans leurs anciennes écoles, où, je l'espère, ils seront capables, jusqu'à un certain point, de suivre leurs camarades. S'il en était autrement, l'élève qui se serait montré trop inférieur serait réadmis à l'*école spéciale*.

L'an dernier nous avons entretenu de nouveau la délégation cantonale de cette question et sur notre demande M. Foubert a invité les instituteurs et les institutrices des Ve et VIe arrondissements, à lui adresser une liste des enfants arriérés et indisciplinés qu'ils avaient dans leurs écoles. Nous avons résumé le résultat de cette enquête dans le tableau ci-contre (p. 317).

En ce qui concerne les écoles maternelles, sur douze écoles, une seule, celle de la rue du Sommerard, signale quatre arriérés. Il est évident que cette enquête, faite à la hâte, par des personnes qui n'ont pas de connaissances médicales, aurait besoin d'être reprise en leur donnant des indications détaillées sur le but que l'on poursuit. Certains maîtres et certaines maîtresses, par exemple, ont craint d'être accusés de négligence s'ils mentionnaient l'existence dans leurs classes d'enfants indisciplinés ou arriérés. Cependant, telle qu'elle est, cette enquête sommaire montre qu'il y a 83 enfants arriérés et 49 indisciplinés des deux sexes dans les écoles des Ve et VIe arrondissements sur une population scolaire de 3,575 garçons et de 3,207 filles. Elle met en relief l'utilité de la création des *classes spéciales* dont nous venons de parler.

Les indications sommaires que nous avons données sur ce qui se fait à l'étranger, la statistique approximative des enfants arriérés des écoles du Ve et du VIe arrondissement, les essais qui ont été faits dans quelques écoles pour deux autres catégories d'enfants anormaux, les aveugles et les sourds-muets, nous paraissent fournir des arguments sérieux en faveur de la proposition que nous avons eu l'honneur de faire à la délégation cantonale du Ve arrondissement.

[1] On voit qu'à Londres on n'hésite pas à préparer d'avance le personnel enseignant secondaire.

ÉCOLES DE GARÇONS	Arriérés.	Indisciplinés.	ÉCOLES DE FILLES	Arriérées.	Indisciplinées.
Arbalète	2	1	Arbalète	1	»
Cujas	20	3	Bernardins	»	»
Feuillantines	20	14	Blainville	»	»
Fleurus	1	1	Boulangers	1	»
Fossés St-Jacques	7	»	Boutebrie	»	»
Madame	1	»	Buffon	»	5
Poissy	1	»	Jardinet	»	»
Pont-de-Lodi	1	1	Madame	»	»
Pontoise	4	2	Monge	»	2
Rollin	»	»	Pontoise	»	»
St-Benoit	»	»	Rennes	»	»
St-Jacques	»	7	St-Benoît	»	»
St-Marcel	20	10	St-Jacques	4	3
Tournefort	»	»	Vaugirard	»	»
Vaugirard n° 9	»	»	Victor Cousin	»	»
Vaugirard n° 82	»	»			
	77	39		6	10

Si vous l'adoptez, à titre de vœu, il y aurait lieu pour l'administration supérieure, à laquelle votre décision serait transmise, de nommer une commission qui serait chargée d'examiner les voies et moyens pour sa réalisation et en particulier le programme de l'enseignement qui devra être fait dans ces *classes spéciales*.

En terminant ce rapport succinct, permettez-moi de vous remercier d'avoir bien voulu m'autoriser à préciser devant vous les lignes principales d'une réforme qui me paraît appelée à rendre de réels services à un certain nombre d'enfants déshérités. Voici la formule que je vous soumets :

« *La délégation cantonale du Ve arrondissement émet le vœu qu'il soit créé dans quelques-uns des arrondissements de Paris des classes spéciales pour les enfants arriérés n'offrant ni perversion des instincts, ni antécédents convulsifs.* » — Adopté.

IVe Congrès d'anthropologie criminelle. (Genève, 24-29 août 1896.)

Statuts.

Article premier. — Le IVe Congrès d'Anthropologie criminelle qui se tiendra à Genève, du 24 au 29 août 1896, a pour objet, suivant les traditions des précédents congrès (Rome 1885, Paris 1889,

Bruxelles 1892), l'étude scientifique de la criminalité chez l'homme dans ses rapports avec la biologie et avec la sociologie. Les gouvernements étrangers seront invités à s'y faire représenter.

Art. 2. — Le droit d'admission au congrès est fixé à 20 francs. Les demandes d'admission devront être adressées, avec le montant de la cotisation, au secrétariat général. Les souscripteurs deviendront membres adhérents et recevront gratuitement le volume des comptes rendus de la session, ainsi que les rapports imprimés qui seront distribués avant l'ouverture du congrès.

Art. 3. — Les rapports, rédigés en français, doivent être envoyés au Comité d'organisation avant le 4 avril 1896[1]. Ils ne pourront excéder dix pages d'impression. On n'acceptera pas de planches à moins que les auteurs ne s'engagent à en supporter les frais. Aucun travail, déjà imprimé ailleurs, ne pourrait être communiqué au congrès.

Art. 4. — Les séances du congrès sont publiques. Les membres du congrès ont seuls le droit de voter ou de prendre part aux discussions. Des places seront réservées aux représentants de la presse.

Art. 5. — Le but du congrès étant exclusivement scientifique, toute discussion politique ou religieuse est absolument interdite. Les opinions exprimées sont personnelles à leurs auteurs et n'engagent en aucune façon le bureau.

Art. 6. — Les membres du congrès qui désireraient faire insérer le titre de leurs mémoires ou communications au programme imprimé devront en faire la demande écrite avant le 15 mai 1896, au Comité d'organisation, qui est chargé d'élaborer le programme et qui décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

FAITS DIVERS.

Asile d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Chardon, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Venant, est élève à la classe exceptionnelle à partir du 1er février 1896 (19 février); M. le Dr Pichenot, médecin en chef de l'asile de Montdevergues, est élevé à la deuxième classe du cadre (19 février); M. le Dr Bonnet, médecin-adjoint de l'asile public d'aliénés de Saint-Robert, est élevé à la classe exceptionnelle du cadre (13 mars); M. le Dr Fenayron, médecin-adjoint à l'asile de Levallec, est nommé à la même qualité à l'asile public de Blois.

[1] MM. les rapporteurs qui pourront envoyer leur manuscrit avant la date indiquée rendront service au Comité d'organisation.

L'Assistance des idiots et l'auteur de *Gulliver*. — « On dit que Swift ne reçut jamais rien pour ses écrits, excepté pour *Gulliver*, dont le manuscrit était resté une nuit à la porte du libraire, et pour lequel Pope obtint enfin 500 livres sterlings. Il est vrai que Swift était riche, et laissa une fortune de 11,000 livres sterling, qui, suivant ses dernières instructions, servirent *à fonder un hôpital pour les idiots*. » — Ceci est extrait du livre de Lalarm (L.), intitulé : *Bibliothèque de poche* (*Curiosités bibliographiques*), p. 334.

Un fou royal. — Contrairement aux usages, la fête du malheureux roi Othon II de Bavière a été célébrée avec moins de solennité que les années précédentes. On prévoit sa mort prochaine. On dit, à Fuerstenried, que la maladie du roi Othon est arrivée à sa dernière période. Les accès de folie furieuse ont fait place à l'écrasement d'une idiotie absolue. Le malheureux a perdu toute notion de propreté, il ne parle même plus. (*Le Journal*, 3 octobre 1895.)

Criminel ou malade. — Sous ce titre : *Voleur précoce*, le *Journal* du 26 novembre publie le récit suivant : « Les allures singulières d'un gamin de treize ans, qui frôlait de très près les clientes d'un magasin de nouveautés du quartier de l'Opéra, attiraient l'attention des employés de la maison qui ne tardaient pas à l'apercevoir, plongeant sa main dans les poches de celles qu'il approchait. Le gamin fut arrêté et conduit au commissariat de la rue de Provence, où il refusa de donner son nom, déclarant avec aplomb qu'il ne le donnerait qu'au juge d'instruction.

« Il a été envoyé au Dépôt, où un agent de la Sûreté l'a reconnu. C'est un nommé Charles Pourcelot, condamné il y a quelque mois à être interné, jusqu'à l'âge de vingt ans, dans une maison de correction de Bologne (Haute-Marne). Il s'était évadé, il y a quelques mois, et, depuis ce temps, vivait à Paris du produit de ses vols. » — Dans tous les cas de ce genre, il serait juste de s'enquérir des antécédents pathologiques héréditaires et personnels et aussi de se rendre compte du milieu dans lequel ont vécu les malheureux de ce genre. Les asiles-écoles pour les arriérés, intellectuels et moraux, les asiles de réforme pour les autres, vaudraient mieux que les prétendues maisons de correction.

Possédés du diable. — Une dépêche de Béziers en date du 8 décembre, annonce qu'une femme de nationalité espagnole se croyant possédée du diable a enduit ses vêtements de pétrole et y a mis le feu. Son mari, également atteint de folie, au lieu d'éteindre les flammes, voulut se brûler avec sa femme. La femme, qui a de graves brûlures, a été transportée à l'hôpital; elle est à toute extrémité. (*Eclair*, 10 novembre 1895.)

Une folle. — Mme Lecerf, marchande de pommes de terre frites,

établie sous le n° 34 de la rue des Blancs-Manteaux, était depuis quelque temps, sujette à des absences. Au grand amusement des gamins du quartier, elle prisait des cendres et jetait sa tabatière dans le feu, ou servait ses clients tout de travers.

Hier matin, comme d'habitude, elle vint s'installer à sa place. Peu d'instants après, des cris perçants et une forte odeur de roussi attiraient les passants. Ils trouvèrent la pauvre femme, les robes relevées, assise dans son poêlon, sous lequel brillait un feu très vif. C'est avec peine qu'on put la dégager; les agents la conduisirent dans une pharmacie et, de là, chez M. Duranton, commissaire de police, à qui elle expliqua que, n'ayant pas de graisse pour préparer ses pommes de terre et se trouvant un peu grosse, elle avait résolu de se faire fondre. Sur ces explications, le magistrat l'a dirigée sur l'infirmerie du dépôt. (*Le Petit Troyen*, 13 déc.)

Bourneville. — *Cranes et cerveaux d'idiots : Craniotomie.* — Brochure in-8° de 47 pages, avec 18 figures. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos abonnés : 1 franc. — Au bureau du *Progrès Médical.*

Debierre et Doumer. — *L'Album des Centres nerveux* se compose de 48 figures schématiques, avec légendes explicatives; il rendra les plus grands services aux étudiants en médecine pour étudier ou repasser rapidement les différentes vues d'ensemble et les coupes classiques du cerveau. Le prix très modique de cet album permettra de le prendre comme complément de tous les cours d'anatomie et particulièrement de l'*Album stéréoscopique des Centres nerveux* des mêmes auteurs, chacune de ses figures correspondant à une des préparations représentées dans les photographies stéréoscopiques. — Félix Alcan, éditeur, 1 vol. in-12 broché, 1 fr. 50.

Documentos referentes *al existente y al proyectado hospital San Agustin.* — Volume in-8° de 119 pages. — Valparaiso, 1895. — Imprenta y litografia central.

Garnier (F.). — *Barbe Buvée, en religion, sœur sainte Colombe, et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne* (1658-1663). — Etude historique et médicale d'après des manuscrits de la Bibliothèque nationale et des Archives de l'ancienne province de Bourgogne. Préface de M. Bourneville. — Volume in-8° carré de XVII-96 pages. — Papier vélin : 3 fr.; pour nos abonnés, 2 fr.; — papier de Hollande : 5 fr.; pour nos abonnés, 3 fr. 75; — papier Japon : 7 fr.; pour nos abonnés, 5 fr. — Ce volume fait partie de la *Bibliothèque diabolique.*

Permuta del hospital *San Agustin. Replica de la comision del consejo departemental de Hijene de Valparaiso, al voto especial de sinor Intendente don Osvaldo Renjifo.* — Brochure in-8° de 24 pages. — Valparaiso, 1894. — Imprenta y litografia central.

Raymond. — *Clinique des maladieé du système nerveux.* — Hospice de la Salpêtrière (année 1894-1895). 1re série. — Volume in-8° de 653 pages, avec 103 figures et 2 planches hors texte. — Prix : 16 francs.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 496.

Vol. I. Mai 1896. N° 5.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ŒDÈME BLEU;

Par le Dr A. ALELEKOFF, de Moscou.

TRAVAIL FAIT AU LABORATOIRE DE M. LE PROFESSEUR RAYMOND.

L'historique de la question sur l'œdème bleu ne remonte pas au delà de 1889, quand Charcot a pour la première fois décrit ce complexus symptomatique et lui a donné son nom. A partir de ce moment ont commencé à apparaître, dans la littérature française surtout, des observations plus ou moins détaillées d'œdème bleu. L'épithète « hystérique » que lui a ajoutée Charcot et qui a été conservée dans toutes les observations ultérieures semble préjuger de sa pathogénie, du mécanisme de sa production et de ses lésions anatomo-pathologiques; on trouve cependant dans la littérature des indications démontrant que l'œdème bleu peut se rencontrer dans des lésions du système nerveux qui sont loin d'être purement fonctionnelles; telles sont par exemple les observations de Remak (*Berlin Kl. Woch.*, 1889, N. 3) et de Roth (*Archives de Neurologie*, 1888) ont observé l'œdème bleu dans la syringomyélie.

En parcourant la littérature de la question on peut facilement se convaincre que l'anatomie pathologique de l'œdème bleu n'est même pas ébauchée. Aucun cas, en effet, ne s'est terminé par la mort et les observations à ce sujet sont en général si peu nombreuses qu'il ne serait pas inutile je crois

de décrire un cas que j'ai eu l'occasion d'observer, d'autant plus que dans ce cas le malade a succombé et que son autopsie a pu être faite.

Le malade Ch. Goul..., vingt-un ans, est entré le 3 mai 1894 dans la section des maladies du système nerveux de l'hôpital de Moscou qui se trouve sous ma direction. D'après le malade, le début de l'affection remonte à trois ans environ, et s'est montré, après un fort refroidissement. Chez les membres de la famille du patient, on n'a observé aucune maladie nerveuse. En novembre 1893, le malade fut reçu au service militaire; il prétend que sa main était déjà à ce moment dans le même état qu'à son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire bleue, froide et paralysée. Le patient se plaint de douleurs et de faiblesse dans le membre supérieur gauche. Les douleurs sont parfois si intenses qu'elles empêchent le sommeil. Le degré de faiblesse du membre est tel que tout mouvement est impossible. Parfois des convulsions se montrent au membre atteint.

A l'examen du malade on constata : un amaigrissement général notable; pouls et température normaux. Pupilles normalement dilatées, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Perception des couleurs normale. Rétrécissement concentrique du champ visuel des deux yeux. Mouvement des globes oculaires conservé, acuité de la vue normale. Aucune modification du côté de l'ouïe, sens du goût et de l'odorat notablement diminués. Légères contractions fibrillaires de la langue. La luette occupe une position parfaitement normale. Réflexe pharyngien paresseux. Anesthésie de la muqueuse de la bouche et de la gorge. Déglutition libre. La parole ne présente aucune modification, elle est seulement un peu lente et traînante.

Les mouvements du membre supérieur droit sont normaux; le membre supérieur gauche pend inerte le long du tronc. Le malade peut le lever légèrement quand on le lui ordonne, faire des mouvements d'abduction, de flexion du coude, de pronation et de supination, remuer les doigts; mais tous ces mouvements sont très limités. Les mouvements passifs sont libres, on ne sent aucune résistance et le malade n'éprouve aucune douleur pendant la production de ces mouvements. Aux membres inférieurs on ne note aucune modification, sauf un refroidissement des pieds. Abolition des réflexes tendineux et périostiques aux membres supérieurs, diminution notable aux membres inférieurs. Force musculaire de 90 kilogrammes à la main droite, de 8 kilogrammes à la main gauche. La musculature est flasque en général, surtout au bras et à l'avant-bras gauches. Toute la partie supérieure du membre semble plus amaigrie que la partie correspondante du membre du côté opposé.

L'excitabilité électrique est diminuée pour les muscles et les nerfs du membre supérieur gauche dans les limites de 1 à 2 milliampères pour le courant galvanique et de 7 à 9 distances de bobines pour le courant faradique. Pas de réaction de dégénérescence. Affaiblissement de l'excitabilité mécanique des muscles du membre supérieur gauche. Diminution de la sensibilité cutanée douloureuse et thermique sur toute la moitié gauche du corps; la sensibilité au contact est conservée par places. Au membre supérieur gauche, il y a abolition presque complète de la sensibilité douloureuse et thermique et affaiblissement de la sensibilité tactile depuis les insertions du deltoïde jusqu'au pli du coude. A partir du pli du coude et jusqu'à l'extrémité des doigts, perte complète des trois modes de sensibilité. Œdème cutané prononcé et changement de coloration des téguments à partir du tiers inférieur de l'avant-bras gauche jusqu'à l'extrémité des doigts. La peau est d'un rouge vineux, bleu noirâtre sur les parties saillantes. Le passage à la peau normalement colorée se fait presque brusquement, sans nuances intermédiaires. Par pression avec le doigt on obtient une tache blanche et un godet qui s'effacent bientôt, mais la coloration bleue revient encore plus vite. Sa main gauche est notablement plus froide que la droite et la mensuration de la température répétée plusieurs fois a montré une différence de 4 à 5°. Les troncs nerveux sont indolores à la pression. Pour se rendre compte de l'irrigation du membre supérieur gauche on a retiré une gouttelette de sang à l'aide d'une piqûre sur la face dorsale des deux mains. L'examen a démontré que le sang du membre droit, sain, contient 85 p. 100 d'hémoglobine. Le nombre d'hématies par millimètre cube était de 5,262,000, celui de leucocytes de 2,400, de sorte que les rapports des globules blancs aux rouges était de 1 : 2200. Le sang du membre gauche, malade contenait 95 p. 100 d'hémoglobine, 4.587,000 globules rouges par millimètre cube, 6,885 globules blancs, de sorte que les rapports de ces derniers aux hématies étaient de 1 : 660. Parmi les différentes variétés de globules blancs on observe une augmentation du nombre de leucocytes mononucléaires en comparaison avec les leucocytes polynucléaires.

Au cours ultérieur de l'affection on n'a noté aucune modification importante produite par le traitement. La suspension de l'extrémité, le massage les courants galvanique et faradique n'ont eu aucune influence sur la couleur et l'œdème de la main. Seuls les bains chauds semblaient diminuer quelque peu l'intensité de la coloration des téguments.

A la fin du mois de juin, le malade a commencé à avoir de la fièvre; il toussotait; un point de côté s'est montré. On a constaté à cette époque une matité aux deux sommets. Au mois d'août on a pu trouver à l'examen des crachats, des bacilles de la tubercu-

lose. La fièvre est devenue plus intense, la température montait le soir à 39° et plus. Deux fois on a fait la mensuration de la température locale, pendant quinze jours consécutivement chaque fois, afin de pouvoir noter les rapports des modifications de la température locale avec les modifications de la température générale du corps et de la température de l'air ambiant. On a observé que lorsque la température ambiante baissait de 3°, la température du membre supérieur droit baissait de 0°,6, celle du membre gauche de 2°,6. L'appareil régularisateur était par conséquent complètement détruit et les conditions de la perte en calorique du membre atteint étaient les mêmes que pour un corps mort. Un fait restait cependant inexplicable : l'élévation physiologique vespérale de la température générale du corps provoquait une élévation de la température locale de la main droite. A la main gauche, malade, il y avait au contraire un abaissement de la température.

En septembre, quand les malades ont été transférés dans les salles d'hiver où la température de l'air ambiant restait stationnaire, quand le malade en question avait déjà la fièvre régulièrement tous les soirs, on a noté que l'élévation de la température générale du corps amenait une élévation de la température au même degré à peu près de la main droite; à la main gauche la température restait sans modification ou bien il y avait même un abaissement comparativement avec la température du matin. Sans vouloir préjuger de l'interprétation de ce fait, on peut cependant admettre ici l'influence des deux facteurs : une diminution de l'intensité des échanges nutritifs locaux d'une part et en même temps une augmentation dans la perte en calorique par suite de dilatation des capillaires d'autre part.

Bientôt se montra un épuisement progressif de l'organisme, un œdème des membres inférieurs, une augmentation de l'œdème et de l'intensité de la coloration bleue de la main gauche. Le processus des deux sommets devint rapide, la diarrhée s'établit et le malade succomba à la fin d'octobre.

Le procès-verbal de l'autopsie a fourni les renseignements suivants : la coloration bleu noirâtre de la main gauche a disparu, mais le gonflement œdémateux est resté tel quel. Après avoir enlevé la peau des deux membres supérieurs, ce qui frappe surtout c'est la différence du calibre des vaisseaux des membres gauche et droit; les artères du membre gauche sont notablement plus étroites que celles du membre droit; les veines, au contraire, sont légèrement dilatées. En examinant les artères du membre atteint depuis la main jusqu'à la sous-clavière, je n'y ai pu trouver, de même que dans les veines, aucun obstacle au cours du sang. Le panicule adipeux sous-cutané a presque complètement disparu. Accumulation d'une quantité notable de sérosité dans le tissu cellulaire de la face dorsale de la main gauche. Processus tubercu-

leux très prononcé dans les poumons et le larynx. Adhérences pleurales des deux côtés. Dans la cavité cranienne, la pie-mère est légèrement trouble avec léger œdème des espaces sous-arachnoïdiens. Rien de pathologique du côté du cœur; l'organe semble un peu plus petit qu'à l'état normal; l'aorte semble plus étroite. Hypérémie passive du foie. Rien d'anormal dans les autres organes.

Pour l'étude microscopique, on a pris le cerveau et la moelle, les ganglions intervertébraux, les parties cervicale et thoracique du grand sympathique, les vaisseaux et les nerfs des extrémités supérieures, la peau des différents points du membre atteint au-dessus et au-dessous des parties œdématiées et quelques muscles de la main. Les ganglions du grand sympathique ont été congelés et examinés immédiatement après l'autopsie. Toutes les autres préparations ont été fixées dans le liquide de Müller et examinées d'après les méthodes appropriées après inclusion dans la celloïdine.

Les résultats de l'examen microscopique sont les suivants :

Dans le cerveau, le cervelet, le pont de Varole et le bulbe on ne trouve aucune modification pathologique. Dans le bulbe on est frappé par le riche développement des cellules de noyaux arciformes des deux côtés. Dans la moelle épinière, à la hauteur de la deuxième à la quatrième paire dorsale, on trouve dans la colonne de Clarke, du côté gauche, un nombre beaucoup moins considérable de cellules nerveuses que dans la colonne correspondante droite. Les noyaux cellulaires sont difficiles à distinguer; les prolongements sont sans modifications. Au-dessous de l'émergence de la quatrième paire dorsale la différence dans le nombre des cellules nerveuses des colonnes citées disparaît et la moelle présente partout un tableau parfaitement normal. Aucune modification dans les ganglions intervertébraux et sympathiques. Il en est de même pour les gros troncs nerveux du membre malade, sauf pour le nerf cubital; sur des coupes transversales de ce nerf, différenciées d'après le procédé de Koultchitzky, on trouve çà et là des fibrilles dégénérées en petit nombre. Ces fibrilles dégénérées deviennent plus nombreuses dans les petits nerfs cutanés, quoiqu'on ne trouve pas un seul tronc nerveux où toutes les fibrilles soient dégénérées. Les vasa-nervorum sont dilatés sur un grand nombre des coupes. Le périnèvre est infiltré par place, quoique à un léger degré.

Les grosses artères : humérale, radiale, cubitale, ont un calibre beaucoup moindre qu'à l'état normal. Ainsi, par exemple, l'humérale présente à peine le calibre de l'artère radiale normale. A l'examen microscopique on n'y trouve aucune modification, mais à mesure que le calibre des vaisseaux décroît, on aperçoit des lésions de leurs parois d'autant plus nettes que le vaisseau est plus petit.

L'endothélium vasculaire est gonflé, décollé par place de la

couche sous-jacente; la tunique moyenne devient homogène, mais nulle part on ne trouve cependant d'infiltration. Les parois des veines cutanées superficielles sont épaissies surtout aux dépens de la tunique moyenne. Les petites veinules sont thrombosées par places et quelques-unes même complètement oblitérées, sans lumière et les cellules des parois sont atrophiées. On peut encore noter dans les veines un épaississement notable des valvules. Ces valvules sont parfois très développées, épaissies, présentant des plis festonnés qui oblitèrent toute la lumière du vaisseau. On trouve parfois des petites hémorragies dans le tissu cellulaire périvasculaire sur quelques préparations les vasa vasorum sont très nets. Les altérations de leur tunique interne sont plus prononcées, cette tunique est épaissie, décollée par places; son endothélium est très gonflé; quelques cellules ont perdu leur noyau. Dans la tunique moyenne et dans l'adventice on trouve de petites hémorragies et des thrombus pariétaux avec un commencement d'organisation.

Les vaisseaux lymphatiques sont partout notablement dilatés. Dans la peau au-dessus des parties œdématiées, on trouve des fibres nerveuses dégénérées avec cylindraxes difficilement perceptibles. Les vaisseaux sont légèrement sclérosés avec un endothélium gonflé. Plus on s'approche des parties œdématiées, plus les vaisseaux et les fentes lymphatiques sont dilatés, plus aussi la dilatation des capillaires est grande. On trouve ici aussi par places des vaisseaux complètement oblitérés, avec disparition complète de la lumière et atrophie des parois. Sur quelques préparations de la peau on trouve des hémorragies interstitielles. Les cellules épithéliales de la couche de Malpighi au niveau de l'œdème sont très pigmentées. La recherche des bacilles de la tuberculose dans les nerfs, les vaisseaux et la peau a donné des résultats négatifs. Dans les muscles on n'a trouvé aucune modification.

Comme nous l'avons déjà dit, la littérature de l'œdème bleu est loin d'être riche. Il n'y a presque pas de doute que ce complexus symptomatique a été observé avant le professeur Charcot, ainsi que le démontraient par exemple les observations du professeur Rosenthal (*Wiener Medic. Presse*, 1879) où il y avait une coloration bleuâtre des extrémités avec abaissement de la température locale; le cas de Rosenbach (*Centralbl. f. Nerven.*, 1888, n°8) qui décrit un œdème d'une moitié du corps et la cyanose de la face après une émotion morale violente; le cas de Widowitz (*Jahrb. f. Kinvek.*, 1 vol. XXV) qui a observé un œdème bleu des doigts d'origine névropathique chez un enfant de sept ans atteint d'entérite et de coqueluche. Dans tous ces cas tous les auteurs ont insisté sur la brusquerie du

début de l'affection, succédant parfois à un traumatisme physique ou psychique ; dans tous ces cas aussi l'œdème a fait suite à une paralysie, une parésie ou une contracture des membres atteints. Les mêmes symptômes cardinaux ont été observés chez mon malade. En plus dans tous les cas d'œdème bleu, sauf dans celui de Damaschino où il y avait une élévation de la température, et le cas de Gajkiewicz où la température du membre atteint oscillait tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de celle du membre sain ; dans tous les cas, disons-nous, l'œdème est accompagné et même est précédé d'un abaissement notable de la température locale. Ainsi dans un cas du professeur Charcot la différence dans la température des deux membres atteignait 4°,20 ; dans les cas de Bosit cette différence allait même jusqu'à 6°,50. Dans la majorité des cas, de même que dans le mien, l'œdème n'occupe qu'un seul membre et siège toujours à son extrémité.

La durée de l'affection est variable. Tantôt l'œdème est persistant et dure plusieurs années (dans un cas de Charcot la durée était de cinq ans, dans mon cas l'œdème persistait pendant trois ans), tantôt il revient périodiquement, disparaît pour réapparaître de nouveau, parfois pour quelqnes heures seulement. On peut quelquefois par l'hypnotisme le faire apparaître et disparaître à volonté.

Quant au mécanisme et à la *pathogénie* de l'œdème bleu, les auteurs qui ont exprimé leur opinion à ce sujet sont peu nombreux ce qui ne les empêche pas d'être en désaccord. Charcot voit la cause essentielle de ce complexus symptomatique dans un spasme des vaso-moteurs. Pour Pitres au contraire il s'agit de leur paralysie ; Triutignan dans sa description de la pathogénie de l'œdème bleu l'attribue à un spasme de tous les vaisseaux ; Gajkiewicz cherche sa cause dans une lésion de l'endothélium ; Bauchouïeff l'explique par un spasme des vaisseaux et par un ralentissement de la circulation capillaire, d'où anémie locale et troubles inévitables de nutrition des parois vasculaires qui deviennent plus perméables et permettent ainsi une transsudation consécutive plus intense de la lymphe dans les fentes interstitielles. Ces quelques lignes résument toutes les théories pathogéniques émises sur l'œdème bleu. Il est certain qu'il est à peu près impossible de combattre l'hypothèse de la majorité des auteurs d'un spasme vasculaire. Mais il faut aussi prendre en considération le fait

suivant : comme il vient d'être dit, dans tous les cas l'œdème était précédé, en dehors du traumatisme, de paralysie, de parésie ou de contracture du membre atteint. Ces phénomènes seuls créent déjà des conditions favorables au développement de l'œdème, car la circulation du sang dans les veines est due non seulement à l'action aspiratrice du cœur et de la cage thoracique, mais aussi à la contraction des muscles qui chassent le sang des veines pourvues de valvules dans une seule et même direction, c'est-à-dire vers le cœur. Les conditions de stase ou d'œdème sont donc favorisées dans un membre immobilisé par la paralysie ou la contracture. En même temps les vaisseaux lymphatiques sont soumis aux mêmes conditions. En plus, une fois le spasme des vaisseaux produit, il survient non seulement une gêne de la circulation par suite du rétrécissement de la lumière aussi bien des artères que des veines, mais aussi une diminution de la vis *a tergo* des artères qui chassent le sang dans les veines. La stase primitive retentit directement sur les parois vasculaires : ils auraient une transsudation exagérée, un œdème d'abord léger et à la première période de « l'œdème bleu », nous devons plutôt mettre le gonflement des extrémités sur le compte de la stase sanguine ; la transsudation ne survient qu'en second lieu. En effet la piqûre de la peau n'amène pas d'écoulement de la moindre gouttelette de sérosité. Quant à la coloration rouge vineux ou bleu noirâtre des téguments, elle s'explique par la même stase de sang veineux dont les capillaires sont gorgés, par l'apport moindre de sang artériel. Là aussi réside la cause principale de l'abaissement de la température locale. L'analyse du sang capillaire chez mon malade a démontré qu'il possédait des propriétés du sang veineux. Dans les cas passagers d'œdème bleu la disparition de l'œdème suit la disparition de la paralysie ou de la contracture ; les troubles que cette paralysie ou cette contracture a provoqués se contre-balancent. Dans les cas durables le tableau clinique et l'anatomie pathologique de l'œdème présentent déjà quelques caractères constants : les veines se dilatent de plus en plus ; les artères, qui ne se trouvaient que dans un spasme temporaire, présentent maintenant une contracture permanente. Dans cet état, les conditions qui favorisent le reflux du sang veineux, telles que le massage, la position élevée du membre, ne peuvent plus rétablir l'équilibre rompu et à la dilatation des veines fait suite une dilatation

de leurs valvules, l'épaississement de ces dernières correspond à cette surcharge de travail qu'elles sont obligées de supporter. La lésion des parois vasculaires est une conséquence fatale d'une telle stase, et nous voyons en effet le gonflement de l'endothélium, son décollement, des hémorragies dans l'épaisseur des parois des vaisseaux et dans la lésion cellulaire périvasculaire.

Les nerfs sont soumis aux mêmes conditions des troubles de la nutrition, de là ces lésions de névrite au début que j'ai constatées, plus prononcées dans les nerfs de la peau que dans le gros tronc nerveux. Ainsi donc les lésions anatomo-pathologiques que j'ai trouvées chez mon malade ne sont que des phénomènes secondaires consécutifs. Une névrite à peine prononcée ne peut dans aucun cas expliquer les troubles paralytiques de tout le membre ; d'autre part il n'y a aucune donnée pour l'origine centrale de cette paralysie.

On ne peut de même considérer comme primitifs les lésions vasculaires ; il n'y avait pas de trace d'un processus primitif quelconque, sous forme d'une inflammation, d'une dégénérescence, etc. La sclérose des parois trouvée à l'examen était si prononcée qu'elle ne devait être considérée que comme la phase tout à fait initiale de ce processus provoqué par les troubles trophiques des parois, troubles consécutifs à la stase. Etant donnée l'absence des faits qui parleraient en faveur d'une lésion organique quelconque et la présence des stigmates caractéristiques de l'hystérie, je devrais décrire mon cas aussi sous le nom d'œdème bleu d'origine hystérique.

Pour ne pas répéter ce qui était exposé avec détails par d'autres auteurs je m'abstiens d'énumérer ici les signes diagnostiques différentiels de l'œdème bleu d'avec les symptômes analogues qui peuvent s'observer dans d'autres affections.

Etant donné tout ce qui précède et si l'on exclut les cas d'œdème passager, ne laissant après lui aucune trace, le pronostic dans les cas prolongés ne peut être considéré comme favorable. Ainsi dans mon cas, quoiqu'il n'y ait pas de troubles trophiques nets, les hémorragies dans le tissu cellulaire, dans l'épaisseur des tuniques vasculaires, la névrite et la sclérose au début, tout cela montre la possibilité d'un développement de lésions graves et profondes si l'on avait laissé l'œdème sans traitement.

Le traitement doit surtout s'adresser à l'hystérie. La médi-

cation locale ne consiste qu'en massage, en gymnastique active ou passive, en enveloppement du membre malade afin de diminuer la perte de calorique ou bien en bains locaux chauds. L'application d'appareils de toute espèce, inamovibles ou compressifs, est contre-indiquée pour des raisons sur lesquelles nous croyons inutile d'insister.

En terminant je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à mon éminent et très honoré maître, M. le professeur Raymond, pour l'intérêt qu'il a montré pour mon travail et pour l'hospitalité qu'il m'a donnée dans son laboratoire, et à M. le Dr Nageotte pour l'aide qu'il m'a porté et pour ses excellents conseils.

Paris, le 25 février 1896.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II.

Fig. 1. — Coupe de l'artère cubitale avec les deux veines qui l'accompagnent. On peut y voir le décollement de la tunique interne de l'artère, des hémorragies dans l'épaisseur de la tunique moyenne (*a*); un thrombus pariétal avec commencement d'organisation (*b*); du côté de la veine on voit une valvule très développée (*c*); et la prolifération de la tunique interne du vaisseau (*d*).

Fig. 2. — Petite veine du tiers inférieur de l'avant-bras. Thrombose des vasa-vasorum (*a*); vaisseau oblitéré, sclérosé (*b*); décollement de l'endothélium (*c*).

Fig. 3. — Coupe verticale de la peau de la région œdématiée. Fentes lymphatiques dilatées (*a*); vaisseau sanguin oblitéré (*b*); hémorragies (*c*).

Fig. 4. — Nerf de la peau dégénéré, pris à la région œdématiée.

Fig. 1, 2 *et* 3. — Grossissement de 75.

Fig. 4. — Grossissement de 350.

RECUEIL DE FAITS.

GUÉRISON APPARENTE DES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ DEUX MANIAQUES ATTEINTES, L'UNE DE FIÈVRE TYPHOÏDE, L'AUTRE DE SUPPURATION ABONDANTE;

Par le Dr René CHARON,

Médecin-adjoint des asiles publics d'aliénés (Bailleul).

L'influence salutaire des maladies graves intercurrentes sur l'état mental des aliénés est depuis longtemps reconnue et, si

les aliénistes d'aujourd'hui n'affirment plus, comme au temps d'Esquirol, qu'une affection mentale ne peut réellement guérir qu'à la suite d'une *crise*, il leur arrive assez souvent de voir une amélioration plus ou moins considérable des troubles psychiques se produire, sans autre cause appréciable, au cours de manifestations inflammatoires d'origine microbienne.

Les notes que nous avons réunies depuis quatre ans sur les maladies incidentes pour une population moyenne d'environ 1,250 aliénées indiquent des modifications favorables de l'état mental au cours des maladies suivantes : érysipèle de la face, pneumonie, tuberculose pulmonaire, anthrax, phlegmon, fièvre typhoïde, variole, adénite (avec suppuration consécutive). Sur 153 malades frappées de ces affections, 98 étaient des maniaques aiguës, chroniques ou démentes, dont 61 ont été améliorées mentalement ; les améliorations qui se sont, comme on voit, produites dans la proportion considérable de 62 p. 100 pour les maniaques, n'ont d'ailleurs dans la plupart des cas été que légères et d'une très courte durée. Deux malades seulement atteintes simultanément l'une de fièvre thyphoïde grave, l'autre d'adénite avec suppuration abondante, ont bénéficié, du fait de la maladie intercurrente d'une véritable suppression des troubles psychiques qui s'est maintenue pendant environ un mois : l'une, avec toutes les apparences d'une démence maniaque, était en réalité, comme nous le verrons, une maniaque chronique ; l'autre était atteinte d'un accès de manie aiguë datant de quelques semaines. L'observation résumée de ces deux cas, par la netteté des phénomènes qu'ils ont permis de constater et par les quelques réflexions qu'ils suscitent, nous a paru digne d'être rapportée.

Observation I. — D... Julienne vingt-six ans, entrée le 6 mars 1891 avec le diagnostic : « dépression mélancolique avec mutisme, refus d'aliments et tendance au suicide. » — Hérédité névropathique et vésanique. Au bout de peu de temps, il se manifeste de l'excitation intermittente, puis peu à peu l'état d'excitation devient permanent avec des paroxysmes fréquents nécessitant une contention presque continue. Au refus d'aliments a succédé une véritable boulimie, accompagnée d'une émaciation squelettique, sans lésions d'aucun organe de la nutrition. Incohérences continuelles des actes et des paroles. Cet état dure depuis plus de trois ans. Les facultés intellectuelles semblent comme l'état physique profondément affaiblies et il paraît qu'un dénoûment fatal soit proche, quand se manifestent des symptômes d'adénite, engorgement considérable

des régions parotidiennes, fièvre intense; une vaste collection purulente se forme au côté gauche avec induration de toute la région du cou; après intervention chirurgicale, il s'écoule en abondance un pus infect, laissant voir au microscope des colonies de staphylococcus et micrococcus : lymphangite consécutive, suppuration pendant un mois.

Un matin, pendant le pansement, la malade absolument indocile et incohérente jusqu'alors, nous fait tout à coup une réponse raisonnable et nous explique qu'elle va être sage et se laisser soigner. Les moyens de contention sont aussitôt supprimés. L'excitation a disparu, le syllogisme et la mémoire sont intacts. D... nous remercie de nos soins, se promène, commence à s'occuper et prend soin de sa personne. Cet état dure pendant trois semaines. Le foyer de suppuration est tari. L'alimentation est normale, les forces physiques reviennent. Puis subitement une réponse incohérente, l'excitation reparaît et dans l'espace de quelques jours notre malade est retombée dans un état absolument analogue à celui que nous avons noté avant la maladie intercurrente. Elle présente de nouveau toutes les apparences de la démence maniaque.

En résumé : manie chronique avec réactions très violentes (présentant l'apparence d'une démence maniaque). Grave lésion inflammatoire intéressant les régions cervico-faciales. Suppuration abondante et de longue durée. Au cours de cette affection, disparition subite des troubles psychiques. Guérison apparente pendant trois semaines. Retour presque subit à l'état maniaque antérieur.

Observation II. — F... Florine, vingt ans. Entrée le 29 avril 1895. Accès de manie aiguë avec désordre extrême des actes et des idées. Mouvement incoercible. Violences (sujet très vigoureux). Nécessité de contention et d'isolement absolu. Insomnie. Mélange chaotique d'idées délirantes et de troubles sensoriels. Pas d'hyperthermie. Hérédité névropathique et vésanique très chargée.

Cet état ne présente aucune modification jusqu'au 20 mai, jour où l'on s'aperçoit que la malade est fébrile avec la langue saburrale et qu'elle a eu plusieurs épistaxis pendant les derniers jours. Transfert à l'infirmerie. T. 38°,8. L'excitation reste très violente. Refus absolu de toute espèce de médicament. Les moyens de contention sont indispensables; 22 mai, 39°,9. Injection sous-cutanée de chlorhydrate de quinine. Langue rôtie. Epistaxis. Selles fréquentes, fétides, sueurs profuses. Le 24 au matin 39°,4. Le visage de notre malade a complètement changé d'expression. Elle répond raisonnablement à toutes nos questions, regrette ses extravagances, et promet de se laisser soigner docilement. Elle est débarrassée de toute contrainte, prend ses médicaments spontanément, s'entretient

convenablement avec nous : syllogisme et mémoire intacts. La fièvre typhoïde évolue avec des symptômes graves adynamiques et tous les signes cliniques classiques. La température reste au-dessus de 40° pendant près d'une semaine. Délire tranquille, carphologie. Traitement : quinine, antisepsie intestinale ; médication tonique stimulante ; affusions froides et vinaigrées. A partir du 30 mai, la température diminue progressivement et le 7 juin le malade entre en convalescence. Elle se lève, s'occupe, écrit à ses parents, aide

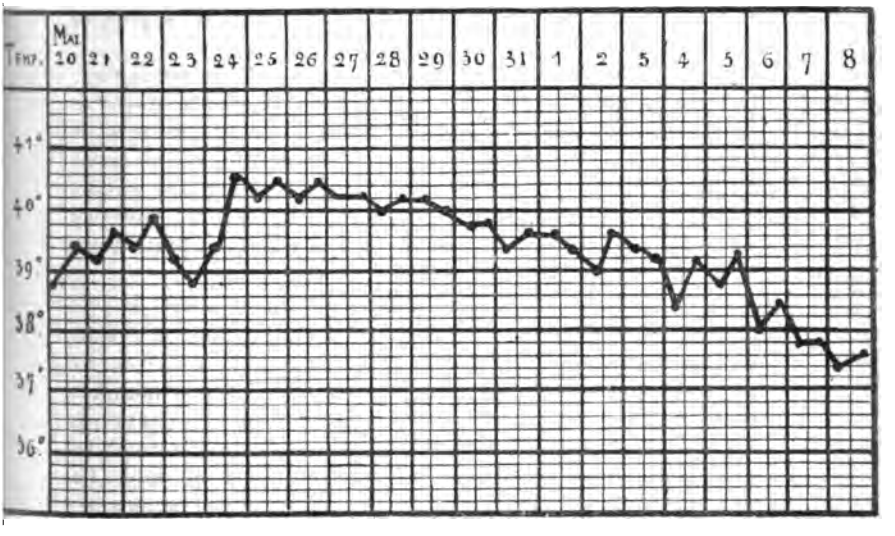

Fig. 18.

aux soins des malades. Son état physique se restaure et elle peut être considérée comme guérie de son accès de manie jusqu'aux premiers jours de juillet, c'est-à-dire pendant un mois. A ce moment la menstruation se produit pour la première fois depuis l'admission et avec elle coïncide la réapparition brusque de l'excitation. Le 15 juillet F... est dans le même état qu'au moment de son entrée : agitation maniaque extrêmement violente. Elle reste sans modification jusqu'au mois d'octobre. Depuis cette époque, elle s'améliore progressivement.

En résumé : manie aiguë très violente datant d'un mois. Fièvre typhoïde à forme adynamique grave. Pendant la période d'état, disparition brusque et complète des symptômes mania-

ques durant un mois. Retour presque subit à l'état maniaque antérieur puis amélioration progressive.

Entrer dans le détail des nombreuses observations que nous avons recueillies au cours des quatre dernières années serait abuser de l'hospitalité qui nous est accordée ici, mais il nous semble intéressant de résumer les conclusions qui semblent en découler. L'influence des maladies microbiennes chez les aliénés se traduirait dans la majorité des cas, lorsqu'il s'agit de sujets jeunes et non affaiblis, par une amélioration plus ou moins considérable de l'état mental.

Près des *deux tiers* de nos malades étaient des maniaques. Cette remarque rapprochée de celle qui a été faite par le Dr Camuset au cours d'une épidémie de choléra semblerait indiquer que, toutes choses égales d'ailleurs, la manie serait un véritable terrain de prédilection pour les microbes pathogènes. Les améliorations se montrent plus fréquentes et plus solides (62 p. 100) chez les maniaques que dans toute autre forme vésanique.

Cette amélioration peut aller dans certains cas (obs. I et II) jusqu'à la disparition complète de l'état maniaque, qu'il s'agisse de manie chronique ou de manie aiguë. Cette disparition se produit brusquement en même temps que se manifestent les signes de toxhémie intercurrents, et, dans les deux seuls cas où nous l'avons vu se produire, l'état mental normal ne s'est maintenu que pendant trois semaines et un mois. Ce retour subit à l'état normal suivi d'une rechute presque aussi subite ne saurait donc être considéré comme une véritable guérison, mais comme une guérison apparente, une *éclipse* de l'état psychopathique antérieur.

Cette éclipse serait-elle due au choc intercurrent jouant le rôle de dérivatif mécanique? Ce n'est pas probable. Mais alors, sans entrer dans le domaine des hypothèses, ne serait-il pas légitime de mettre en regard des deux observations que nous venons de rapporter les faits déjà nombreux signalés en pathologie ordinaire, de guérisons par *antagonisme microbien*, dont l'observation tout récemment publiée par le Dr Lalande (Hôpital Saint-Louis) est un exemple remarquable (guérison de lupus par un érysipèle)? L'analogie est d'autant plus frappante que dans ces cas comme dans les nôtres, il ne s'agit en réalité que de guérisons apparentes puisque la récidive se manifeste au bout de quelque temps.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE.

XI. L'ANALYSE D'UN CRIME; par Joseph L. Bauer, M. D., St-Louis. (*The St-Louis Medical and Surgical Journal*, octobre 1895, p. 201.)

A propos d'un crime, l'auteur essaye de délimiter l'esprit sain de l'esprit malade. Voici le fait. Un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, de condition aisée, rentre un jour ivre chez lui. Sans discussion et sans raison, il tue sa femme et son enfant. Après cela, il va à un poste de police faire l'aveu de son acte sans en indiquer les motifs. Peu après il déclara que c'était un accident, puis il finit par demander si son crime était un de ceux pour lesquels on pouvait verser une caution.

Après quelques mois d'incarcération, son avocat déclara que son client était devenu fou depuis l'acte d'accusation et qu'il ne pouvait pas apprécier les circonstances ni la nature de sa tentative criminelle. Un jury fut chargé de l'examen, et l'avocat dit qu'il s'agissait de paranoïa. Quelques semaines après, le jury renvoya son verdict à plusieurs mois. Sur ces entrefaites, un des défenseurs du criminel le présenta dans un journal comme un halluciné avec des idées de persécution et de grandeur. Le Dr Bauer examina le prisonnier, mais il ne trouva pas de symptômes de folie. Enfin, après une seconde expertise, il fut rendu un verdict de santé.

L'auteur discute successivement les quatre hypothèses faites pour justifier l'irresponsabilité du meurtrier : l'hérédité, l'épilepsie, la folie alcoolique et la paranoïa. Il montre qu'on ne trouve, ni dans les antécédents, ni dans les habitudes, ni dans les actes du sujet, ni dans le crime, rien qui puisse prouver manifestement qu'une de ces quatre conditions morbides était en cause. Le Dr Bauer déclare le meurtrier responsable et montre que la mauvaise éducation, des habitudes vicieuses et un caractère égoïste et brutal avaient naturellement poussé le sujet à tuer sa femme et son enfant qui étaient un obstacle à sa vie de libertin. E. TOULOUSE.

XII. DE QUELQUES CAS PSYCHOPATHOLOGIQUES DEVANT LES TRIBUNAUX SERBES; par le Dr VASSITCH.

Dans un premier cas, il s'agit d'un malheureux persécuté avec hallucinations multiples de l'ouïe et des idées de grandeurs qui, sous l'influence de ses idées délirantes, commit un meurtre.

Condamné d'abord à mort par le tribunal de première instance, ce malade, après un rapport médical, fut transféré dans un asile.

Le second cas a trait à une femme débauchée qui, voulant se débarrasser de son mari, le fit tomber dans un guet-apens et assassiner par des hommes qu'elle avait soudoyés. Elle fut condamnée à vingt ans de travaux forcés, et ses complices condamnés à mort.

Or, pendant l'instruction, cette femme fut atteinte d'aliénation mentale et, après observation, reconnue réellement folle.

Il s'agissait de savoir quel était l'état mental de cette femme pendant les années qui ont précédé le crime, et surtout au moment du crime, car c'est sur ses déclarations que les exécuteurs du crime avaient été condamnés à mort. Le rapport fait à ce sujet a conclu que, avant l'exécution du crime aussi bien qu'à l'époque où le crime fut commis. cette femme n'était point aliénée.

Le troisième cas cité a trait à un homme atteint de manie intermittente, et qui tua sa femme sous l'influence d'une impulsion homicide au cours d'un accès maniaque.

Ce malade fut envoyé, bien entendu, dans un asile.

L'auteur constate avec plaisir que, depuis quelques années, les tribunaux serbes se sont mis à considérer non seulement le crime, mais aussi le criminel. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1896.)

E. B.

XIII. L'hypnotisme et la loi; par M. Clark Bell.

L'attention des juges et des médecins légistes a été spécialement attirée au cours de ces dernières années sur les rapports de l'hypnotisme et de la loi dans différentes affaires criminelles où s'est posée la question de savoir jusqu'à quel point l'accomplissement du crime devait être imputé à la suggestion hypnotique, notamment dans l'affaire Bompard, à Paris ; dans l'affaire Czynski, à Munich ; dans l'affaire Macdonald, en Amérique.

A ce propos, l'auteur a adressé à différents médecins légistes et psychologues une sorte de questionnaire où il leur demande :

1° Si le sujet hypnotisé est un agent inconscient et innocent, capable de commettre un crime ;

2° S'il est possible, par la suggestion, d'enlever de l'esprit de l'hypnotisé toute mémoire des circonstances ou actes accomplis pendant l'état hypnotique ;

3° Si le pouvoir de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé est assez fort pour que l'hypnotisé, devant une tierce personne, signe un testament, un chèque, en requérant cette tierce personne de témoigner qu'il agissait en pleine volonté et que, malgré cela, l'hypnotisé n'ait, dans la suite, aucune conscience de l'acte qu'il a commis.

Le plus grand nombre des réponses ont été affirmatives et ont confirmé les idées de Bernheim et de Liébault.

Quelques médecins légistes cependant se sont refusés à admettre qu'un individu ordinaire dans l'état hypnotique puisse commettre un crime et que, d'autre part, la volonté et la personnalité de l'hypnotisé soient à ce point annihilées qu'elles ne puissent mettre certains obstacles à l'exécution d'une suggestion qui leur répugne aussi violemment qu'un crime.

La conclusion de l'auteur est que la question est toujours pendante. (*The alienist and neurologist*, octobre 1895.) E. B.

XIV. La responsabilité criminelle chez les aliénés; par Oscar Woods. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

La jurisprudence en matière de responsabilité criminelle a été fixée en 1843, à la suite d'un procès retentissant à l'aide des réponses faites à un questionnaire par les principaux magistrats du pays : le résumé de ces réponses nous est fourni par l'auteur : 1° alors même que l'accusé a agi sous l'influence d'une délusion délirante, qu'il a cru obéir à un grief ou venger une injure qui n'existent pas, ou même être utile à la société, il est punissable; — 2° pour que la défense puisse invoquer l'aliénation mentale, il est indispensable de prouver clairement que, au moment où il a commis l'acte criminel, l'accusé ne possédait, par suite d'une maladie mentale, qu'un degré de raison insuffisant pour connaître la nature de l'acte qu'il accomplissait, ou, s'il la connaissait, pour savoir que l'action qu'il commettait était mauvaise, en d'autres termes pour distinguer entre le bien et le mal: — 3° l'existence d'illusions ou d'hallucinations n'exclut pas la culpabilité, sauf le cas où elles auraient sur le crime dont il s'agit une influence directe, par exemple dans le cas où un homme commettrait un crime en se croyant en état de légitime défense : dans ce cas seulement il doit être reconnu non coupable.

On voit assez que cette jurisprudence ne tient aucun compte du cas où l'homme commet un crime, en sachant que c'est un crime, mais sans pouvoir résister à l'impulsion délirante qui l'oblige à le commettre. Par des citations, par des exemples, l'auteur montre l'absurdité de cette jurisprudence, et se demande s'il ne vaudrait pas mieux la modifier que de forcer (il cite un cas démonstratif) un jury et un magistrat à prononcer une sentence de mort que chacun à l'audience sentait et savait ne pas devoir, ne pas pouvoir être exécutée. R. de Musgrave-Clay.

XV. Sur la nécessité d'une législation relativement au suicide; par S.-A.-K. Strahan. (*The Journal of mental science*, octobre 1894.)

Après avoir résumé l'historique des peines plus ou moins barbares autrefois édictées contre le suicide, l'auteur constate qu'elles se réduisent aujourd'hui, au moins dans la pratique, aux pénalités d'ordre spirituel relatives à l'inhumation des suicidés. Ces pénalités

même sont ordinairement évitées, puisque, en Angleterre, le magistrat chargé de l'enquête les épargne à la famille en rendant un verdict de suicide dans un accès temporaire d'aliénation mentale, verdict qui n'est presque jamais basé sur la moindre preuve et constitue un véritable faux témoignage.

A l'heure actuelle, en Angleterre, le suicide est assimilé par la loi criminelle à l'assassinat. Si deux personnes prennent la résolution de se suicider ensemble, et si une seule réussit effectivement à se tuer, l'autre est considérée comme coupable d'assassinat. Quiconque aide ou facilite un suicide suivi d'effet, est également tenu pour coupable du même crime. On a même soutenu que si une personne perd la vie en essayant d'empêcher un suicide, la personne qui a voulu attenter à ses jours est coupable de meurtre. Telle est la lettre de la loi. Mais dans la pratique, cette loi est à chaque instant violée par les magistrats, par le jury et par l'opinion publique. Il n'y a pas longtemps, un homme de lettres bien connu et universellement respecté, qu'une maladie incurable avait conduit au seuil de la mort, a mis fin à ses souffrances en se tuant à l'aide d'une arme à feu. Comme on demandait à sa femme, qui lui était fort dévouée et qui était présente au moment du suicide, si elle aurait pu l'empêcher, elle répondit qu'elle l'aurait certainement pu, mais qu'elle aurait considéré son intervention dans ce cas comme une lâcheté; elle ajouta même que, à la demande de son mari, elle lui avait enlevé ses fausses dents avant qu'il se tirât un coup de pistolet dans la bouche. Aux termes de la loi, cette femme aurait dû être poursuivie pour meurtre; il est à peine besoin de dire qu'aucune poursuite n'eut lieu. Il est absurde de prétendre, comme le prétend la loi, que le meurtre et le suicide sont des crimes égaux au point de vue de la société; et d'ailleurs la loi se contredit elle-même, car la tentative de meurtre est punie de la servitude pénale à perpétuité, tandis que le maximum en cas de suicide ne dépasse pas deux ans; le crime n'est donc pas semblable puisque la peine est différente.

La tentative de meurtre est invariablement poursuivie; la tentative de suicide ne l'est presque jamais, et quand elle l'est, la condamnation est si légère que l'on comprend qu'elle n'est prononcée que par déférence pour la loi : ce genre de pénalité discrédite la loi plus que ne ferait l'impunité. En fait, les magistrats sentent parfaitement que la loi est non seulement inutile, mais injuste, et savent qu'ils auront pour eux l'opinion publique en la laissant tomber rapidement dans une désuétude qui en prépare l'abolition.

Si l'on veut réformer cette législation, il n'y a que deux voies logiques à suivre : 1° supprimer toute législation sur la matière en ce qui touche l'attentat commis exclusivement sur l'individu lui-même, c'est-à-dire cesser de considérer le suicide comme un crime, et ne pas s'en occuper; 2° déclarer que toute tentative de suicide,

suivie ou non de succès, constitue par elle-même la preuve suffisante d'un état dangereux d'aliénation mentale et un motif non moins suffisant d'internement dans un asile d'aliénés.

Le premier procédé est incontestablement le plus équitable et le plus sensé; c'est très vraisemblablement celui qui sera adopté; il vaut mieux ne pas faire du suicide un crime que d'en faire un crime qui reste impuni quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. Il est même probable que cette impunité désormais légale, n'augmenterait pas le nombre des morts volontaires. Mais son inconvénient capital est de ne rien faire pour le diminuer.

Aussi la deuxième manière de procéder serait-elle certainement beaucoup plus profitable à la société. Ses avantages seraient nombreux : elle épargnerait au clergé des situations difficiles, et assurerait aux familles la consolation des dernières prières; elle mettrait les magistrats chargés de l'enquête à l'abri du faux témoignage qu'ils sont couramment amenés à pratiquer dans leurs rapports; enfin et surtout, la crainte, en cas de tentative avortée, d'être immédiatement enfermés dans un asile d'aliénés serait parfaitement capable d'arrêter bon nombre de gens tentés de se débarrasser de la vie; en tout cas cet internement serait plus rationnel et plus humain que de les enfermer dans une cellule de prison, où, trop souvent, ils réussissent à exécuter l'acte même pour lequel ils ont été emprisonnés. Enfin la perspective de l'internement dans un asile aurait, sur le suicide, absolument les mêmes effets que la loi actuelle, c'est-à-dire qu'elle n'en détournerait personne, et qu'elle assurerait une proportion importante de succès dans les tentatives de suicide. Pour ces raisons, et pour d'autres de moindre gravité, l'auteur préférerait, au point de vue social, la seconde des réformes proposées. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XVI. LES ALIÉNÉS ET LE DROIT CIVIL; par le Dr L. DERODE. *(Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique,* décembre 1894.)

On sait que, d'après la loi française, la procédure d'une demande en interdiction ne comporte pas nécessairement une expertise médicale. C'est contre cette lacune de la loi que s'élève M. Derode dans son travail; il s'efforce de prouver que l'intervention de la science est aussi nécessaire dans les affaires de la justice civile où la folie joue un rôle que dans celles qui relèvent de la justice criminelle. Quant à l'expert il ne doit formuler que des conclusions rigoureusement scientifiques et ne pas se hasarder à émettre des appréciations arbitraires, basées sur des appréciations où la science n'a rien à voir. Plutôt que d'apporter à la justice des affirmations téméraires, il doit s'abstenir de conclure et se borner à exposer les raisons qui lui paraissent de nature à entretenir l'incertitude et le doute. G. DENY.

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

XXVII. La forme spasmodique et la forme tabétique dans la paralysie générale ; par R.-S. Stewart. (*The Journal of Mental Science*, avril 1895.)

La forme de paralysie générale qui s'associe à la force locomotrice est bien définie et bien admise ; mais l'auteur estime que, dans les cas qui ne se rattachent pas à ce type tabétique, les symptômes qui prédominent au cours de la maladie indiquent une étroite relation, à la fois clinique et pathologique, avec la forme d'affection médullaire que l'on désigne sous le nom de paraplégie spasmodique primitive. Dans un petit nombre de cas, la maladie participe des deux formes, mais cette combinaison de symptômes est rare, et le rattachement primitif à l'une des deux formes est toujours possible.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 317 cas de paralysie générale, parmi lesquels 85 p. 100 appartenaient à la forme spasmodique et 15 p. 100 à la forme tabétique ; cette proportion est la même pour les deux sexes. La forme spasmodique débute d'ordinaire entre trente et quarante ans, et la forme tabétique entre quarante et cinquante ans; et en cela, chacune des formes paraît se modeler sur le type d'affection purement médullaire auquel elle correspond. Dans la forme spasmodique, la durée moyenne de la maladie est de un à deux ans, et dans la forme tabétique de deux à trois ans. Les crises congestives (attaques épileptiformes générales ou partielles, attaques apoplectiformes, paralysies passagères) sont plus fréquentes dans la forme spasmodique; elles sont aussi plus rapprochées et plus longues. L'excitation maniaque prédomine dans la forme spasmodique, et la mélancolie dans la forme tabétique. — Le poids du cerveau est notablement moindre dans les cas spasmodiques que dans les cas tabétiques. — L'atrophie de la moelle est la règle dans la paralysie générale ; mais il est à noter que dans la forme spasmodique, elle se présente sous la forme d'un ratatinement latéral, tandis que dans la forme tabétique, elle prend l'aspect d'un aplatissement antéro-postérieur.

L'auteur conclut en disant qu'il s'est efforcé de montrer, en signalant les faits les plus saillants, qu'il existe deux types ou deux variétés de paralysie générale, l'une qui se présente associée à la sclérose postérieure, l'autre qui est associée, secondairement dans

l'ordre chronologique, à des symptômes indiquant une sclérose des cordons latéraux. Il estime en outre que les altérations révélées par l'examen microscopique de la moelle justifient pleinement cette manière de voir. R. M.-C.

XXVIII. Les rapports de la paralysie générale des aliénés et des affections chroniques des reins; par Hubert C. Bristowe. (*The Journal of Mental Science*, avril 1895.)

Les points principaux sur lesquels l'auteur a voulu insister dans ce très intéressant mémoire sont les suivants :

1° La présence du rein granuleux contracté dans la paralysie générale est très fréquente;

2° La similitude des altérations subies par les vaisseaux sanguins dans les deux maladies est tellement grande qu'une différenciation est impossible à établir;

3° Les deux maladies ont entre elles des rapports de dépendance si singulierement étroits que, selon toute probabilité, elles ont une commune origine. R. M.-C.

XXIX. La folie de la persécution; par René Semelaigne. (*The Journal of Mental Science*, octobre 1894.)

Après avoir résumé, au début de son intéressant travail, l'historique de la question, et rappelé les travaux de Lasègue, Jules Falret, Magnan, Morel, Ballet, Séglas, Jules Voisin, Christian, Pottier, l'auteur conclut qu'il n'y a pas *une* folie de la persécution, mais qu'il y en a plusieurs, et que ce n'est pas toujours chose facile de les différencier et de les classer. On peut cependant, dès le premier abord, diviser les persécutés en deux grands groupes : les *orgueilleux* et les *humbles*. C'est le premier groupe qui a été le mieux étudié; il comprend cinq variétés : 1° délire de persécution systématique à évolution progressive; 2° délire de persécution des persécuteurs raisonnants; 3° délire de persécution des alcooliques; 4° délire de persécution de la ménopause; 5° délire de persécution des vieillards. Le second groupe comprend les malades atteints du délire de persécution avec idée de crime commis. Ces malades n'ont généralement pas d'hallucinations de l'ouïe, mais seulement des interprétations délirantes; ils ont souvent des idées de suicide et du dédoublement de la personnalité. Etudions successivement ces différents types.

Chez les délirants persécutés systématiques à évolution progressive, on trouve une période d'incubation, une période d'invasion et une période d'état. La première période peut être précoce et très longue; elle est constituée par l'état d'anxiété (Magnan) et les interprétations délirantes (Falret). Dans la seconde, apparaissent

les hallucinations de l'ouïe auxquelles peuvent s'ajouter celles de la sensibilité générale. A la période d'état le délire se systématise et il comporte trois échelons successifs : les idées de persécution (*on* électrise le malade, *on* mêle des substances nuisibles à ses aliments, etc.); les idées de persécution collective (les jésuites, les francs-maçons, la police); enfin les idées de persécution personnifiées; c'est alors surtout que le malade, ayant fait élection d'un bouc émissaire, devient dangereux. Enfin, aux idées de persécution, à la période d'état du délire, peuvent s'ajouter des idées de grandeur, qui peuvent être soudaines, ou consécutives à des hallucinations de l'ouïe, mais qui plus souvent peut-être, s'expliquent de la manière indiquée par Foville; en effet, la persistance des persécutions auxquelles le malade se croit soumis le conduit naturellement à croire qu'on ne les accumulerait pas ainsi sur un individu ordinaire et qu'il doit évidemment être un personnage important. Il faut ajouter que, pour Mairet, les idées de grandeur existent dès le début, et sont même antérieures à l'apparition des premiers troubles mentaux.

Le délire des persécuteurs raisonnants, ou persécutés persécuteurs, a été très bien décrit par Lasègue; ces aliénés commettent souvent des actes de violence; souvent ils interprètent faussement un fait exact en soi, et raisonnent juste sur ce point de départ faux, ils passent pour jouir de toutes leurs facultés. Ils sont d'autant plus dangereux qu'on ne les distingue pas des gens sensés, à moins de les étudier à fond; ils présentent généralement les signes physiques et mentaux de la folie morale, et des stigmates physiques et psychiques d'hérédité morbide. Souvent on constate chez eux des anomalies génitales. Ils parlent facilement, sont très intelligents, exposent, soutiennent à merveille leurs prétendus griefs, écrivent des lettres, font des visites, entament des procès, et finissent, n'obtenant pas l'imaginaire justice qu'ils réclament, par se faire justice eux-mêmes au moyen d'actes de violence; arrêtés, ils sont difficiles à diagnostiquer aliénés, parce qu'ils sont très réservés et très habiles à cacher leur délire ; presque toujours à force de démarches et d'apparent bon sens, ils finissent par obtenir leur sortie, et s'empressent de recommencer. Ils n'ont généralement aucune hallucination, mais seulement des interprétations délirantes; ils sont ambitieux, mais n'ont jamais d'idées absurdes de grandeur. Ils n'aboutissent jamais au délire chronique. Suivant leurs tendances, on pourrait les diviser en trois groupes : *a*) les criminels; *b*) les processifs; *c*) les amoureux.

Les persécutés alcooliques forment un groupe nombreux; à la vérité, tous les alcooliques sont plus ou moins des persécutés, mais quelques-uns présentent une forme particulière de délire; ils ont des ennemis, qui conspirent contre eux, qu'ils désignent, comme les autres persécutés; mais ce qui, cliniquement, caractérise sur-

tout cette forme du délire de persécution, c'est sa curabilité (Ball). Il est à noter que les persécutés alcooliques ont souvent de la tendance au suicide.

Le délire de persécution de la ménopause a une évolution rapide; les hallucinations de l'ouïe y sont précoces et presque constantes; le dédoublement de la personnalité est commun; dans la plupart des cas la maladie est incurable. Savage a remarqué qu'une surdité double apparaissait souvent en même temps que les hallucinations de l'ouïe. Les obsessions et possessions sont fréquentes dans cette forme, et ont été bien étudiées par Séglas. (Nous ne pouvons qu'indiquer une très longue et très intéressante observation intercalée ici par l'auteur.)

Le délire de persécution des vieillards débute d'ordinaire par des étourdissements et de la congestion. Ces malades se croient volés, ruinés, menacés d'assassinat; ils ont des hallucinations terrifiantes de la vue. Ces hallucinations et ces soupçons peuvent persister longtemps sans que le délire se modifie; mais souvent on voit rapidement apparaître la démence. La tendance au suicide est commune.

Si l'on passe maintenant aux persécutés humbles, à ceux qui s'accusent de crimes imaginaires, on voit que ce sont le plus souvent des sujets à tendances morbides héréditaires, présentant, surtout du côté des organes génitaux, des stigmates de dégénérescence. En général ils n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe, mais seulement des interprétations délirantes. Ils peuvent quelquefois, dans un moment d'exaspération contre leurs persécuteurs, se livrer à des actes de violence; mais, en général, ils sont plutôt déprimés qu'agressifs. Si les hallucinations des sens sont rares chez ces malades, celles de la sensibilité générale le sont moins, et assez souvent, à une période variable de l'évolution du délire, on constate des hallucinations psycho-motrices; Ballet et Séglas ont publié à cet égard plusieurs faits intéressants.

Chez les persécutés qui s'accusent de crimes en général, les idées de persécution sont en général tenaces et persistantes, mais peuvent parfois présenter des rémissions momentanées.

Il faut ajouter en terminant que, entre le groupe des persécutés orgueilleux et celui des persécutés humbles, on peut observer des variétés intermédiaires, et aussi que chez un même malade, ces deux formes peuvent se succéder, ou se remplacer. R. M.-C.

XXX. Courtes études sur la tuberculose chez les aliénés; par E.-D. Bondurant. (*The New-York medical journal*, 23 février 1895.)

Il résulte des recherches faites par l'auteur à l'Asile des aliénés de l'Alabama, que sur 179 décès survenus chez des malades de race blanche, 51, c'est-à-dire 28 p. 100 étaient dus à la tubercu-

lose, et que sur 116 décès survenus chez les malades de race noire, 49, c'est-à-dire 42 p. 100 étaient dus à la même maladie. Sur ces 295 cas, 163 autopsies ont été faites (91 blancs, 72 nègres). Des signes de tuberculose guérie, stationnaire ou progressive ont été rencontrés 91 fois (50 blancs, 41 nègres).

Le résultat des recherches de M. Bondurant a surtout porté sur deux points : 1° la fréquence de la guérison de la tuberculose ; 2° la susceptibilité comparée de la race blanche et des races de couleur à l'égard de la tuberculose.

Le premier de ces deux points est depuis longtemps démontré par des investigations similaires (dont les premières, croyons-nous, remontent à Boudet et ont été faites il y a une soixantaine d'années à la Salpêtrière) et les recherches de l'auteur n'ont ici que la valeur d'une confirmation. Sur le second point, le travail de M. Bondurant vient à l'appui de l'opinion généralement répandue dans les Etats-Unis du Sud et qui veut que les nègres soient plus accessibles à la tuberculose que les blancs. La proportion des décès tuberculeux chez les blancs est de 25 à 30 p. 100; chez les nègres elle atteint 40 à 45 p. 100. D'autre part le registre clinique de l'asile montre que la tuberculose revêt, chez les hommes de couleur, une forme beaucoup plus active et une marche notablement plus rapide. Les formes très chroniques sont rares chez le noir, et la forme miliaire est au contraire très commune. C'est le contraire dans la race blanche. On peut, en somme, sur ce deuxième point, déduire des données fournies par l'auteur les conclusions suivantes : la mortalité par tuberculose est plus considérable dans la race nègre que dans la race blanche. — La marche de la maladie est plus rapide chez le nègre. — Les cas de guérison ou d'arrêt dans le processus morbide sont comparativement rares chez le nègre. La généralisation tuberculeuse est fréquente dans la race noire, puisqu'on l'a constatée dans plus d'un tiers des cas où l'autopsie a été faite. R. M.-C.

XXXI. Recherches expérimentales sur l'état mental dans le vertige, et sur le vertige considéré comme auxiliaire de l'hypnotisme et de la narcose; par J. Léonard Corning. (*The New-York Medical Journal*, 7 septembre 1895.)

Travail intéressant à plusieurs points de vue et dont nous regrettons de ne pouvoir donner ici que les conclusions, telles d'ailleurs que l'auteur les a lui-même sommairement résumées : 1° dans le vertige, si léger qu'il soit, la conscience est toujours altérée; cette altération s'accroît en raison directe de l'intensité du vertige; 3° bien que les causes cliniques du vertige soient de nature très diverse, elles ont au moins un point commun qui est le suivant : elles sont toutes, sans exception, capables d'entraver, soit

directement, soit indirectement (par voie réflexe) les fonctions corticales, et, par suite, d'altérer les phénomènes de conscience. On est d'accord avec les données expérimentales et on fournit une explication clinique satisfaisante quand on considère le vertige comme relevant essentiellement d'une modification corticale; 4° l'état d'instabilité et de paresse psychiques qu'engendre le vertige favorise les manifestations de l'hypnose; 5° un sujet en état de vertige devient anormalement accessible à l'influence du protoxyde d'azote, de l'éther et des autres agents de même ordre; mais si ces agents anesthésiques sont préalablement employés à dose modérée (sans aller jusqu'à l'abolition de la conscience) et si l'on essaye alors de provoquer le vertige, on verra que celui-ci est notablement affaibli ou même totalement empêché. Au point de vue neuro-physiologique, ce dernier fait a une importance qui n'échappera à personne. R. M.-C.

XXXII. Sur les relations cliniques et pathologiques de la paralysie générale des aliénés; par Reginald Farrar. (*The Journal of Mental science*, juillet 1895.)

Ce long et intéressant mémoire se résume dans les conclusions suivantes que nous fournit l'auteur lui-même :

« Mon but dans ce travail a été de démontrer que la paralysie générale n'est à aucun point de vue une maladie spécifique, mais bien une variété clinique d'encéphalite chronique diffuse interstitielle corticale. J'admets que l'on puisse utilement conserver la dénomination de paralysie générale comme désignant suffisamment un type clinique bien accusé; mais en comparant cette maladie avec des états cérébraux connexes, j'ai essayé de montrer que son identité essentielle avec quelques-uns de ces états a été obscurcie par la manie de diagnostic différentiel dont sont possédés quelques écrivains tels que le Dr Clouston et M. Voisin. Le terme d'encéphalite corticale comprend non seulement toutes les variétés de la paralysie générale, mais beaucoup d'autres états que l'on a à tort, essayé jusqu'à présent de différencier de la paralysie générale, car toutes les variétés de l'encéphalite corticale sont pathologiquement homogènes, et si, cliniquement elles peuvent fournir plusieurs *types* différents, c'est une grave erreur de considérer ces types comme des *espèces* nosologiques distinctes. »

R. M.-C.

XXXIII. Recherches collectives en matière de maladies mentales; par Charles Mercier. (*The Journal of Mental science*, juillet 1895.)

L'auteur est le premier à reconnaître que l'idée n'est pas nouvelle et qu'elle a déjà été appliquée à d'autres branches des sciences

médicales ; mais il pense qu'elle pourrait être ici particulièrement féconde et il le prouve en signalant un grand nombre de points de pathologie mentale qui ne peuvent guère être éclairés que par un travail collectif. R. M.-C.

XXXIV. Sur l'augmentation de la folie en Irlande ; par D. Hack Tuke. (*The journal of mental science*, octobre 1894.)

Nous résumons ici les conclusions de l'auteur :

Le résultat le plus saillant de l'étude des documents étudiés est l'accroissement énorme du nombre des malades (aliénés et idiots) admis pour la première fois dans les asiles, malgré une décroissance extraordinaire du chiffre général de la population ; cet accroissement a pour effet — sans parler des effets inévitables de l'accumulation — d'encombrer les asiles.

On trouve à cet accroissement du nombre des aliénés une cause très évidente et très déplorable dans l'influence exercée sur la partie la plus faible de la population par l'augmentation de la peine et de la responsabilité qui lui incombe par suite de l'éloignement de la partie la plus saine et la plus vigoureuse.

Bien que le fait ne puisse guère être prouvé, il semble que ce soit là l'une des causes importantes de l'augmentation du nombre des aliénés, surtout si l'on se souvient de la cause qui a motivé l'émigration, à savoir : l'insurmontable pauvreté du peuple dans certains districts.

Enfin les conditions fâcheuses au milieu desquelles se débat une population privée dans une large mesure de ceux qui étaient les gagne-pain de leurs familles ont été encore aggravées par les mariages qu'ont contractés entre eux les membres les plus faibles de la population et par la procréation de sujets à esprit faible qui en a été la conséquence héréditaire, et a donné lieu à la dégénérescence de la race. R. M.-C.

XXXV. Quelques indications relatives a la prophylaxie des troubles mentaux ; par Curven. (*The journal of mental science*, octobre 1874.)

C'est par les modifications de l'hérédité et de l'éducation, et finalement par la religion, que l'auteur voudrait surtout travailler à la prophylaxie des désordres mentaux. R. M.-C.

XXXVI. Un cas d'ecchymoses accompagnant de l'excitation délirante ; par W. R. Dawson. (*The journal of mental science*, octobre 1893.)

L'histoire des hémorragies cutanées ou sous-cutanées sans origine traumatique est encore fort obscure. Après des considérations assez étendues sur le siège, l'anatomie pathologique et la

pathogénie de ces ecchymoses, l'auteur rapporte une observation intéressante ; c'est celle d'une femme d'environ cinquante ans, entrée à l'asile pour de la mélancolie avec hallucinations et ayant présenté à diverses reprises des crises d'excitation, dont les dernières (depuis avril 1894) ont été invariablement accompagnées ou suivies d'une éruption de plaques ecchymotiques, lesquelles ne sont jamais apparues en dehors de ces crises. Ces plaques étaient de nombre, de dimensions et de sièges variables ; elles se montraient de préférence aux extrémités, jamais au visage; deux fois seulement elles ont envahi les muqueuses ; elles étaient tantôt symétriques, tantôt asymétriques. Les plaques les plus grandes avaient absolument l'aspect de meurtrissures. La température, l'urine étaient normales, ce qui permet déjà d'exclure une origine microbienne que rend d'ailleurs également inadmissible la coïncidence invariable avec les crises d'excitation. Il ne reste donc à invoquer comme causes probables que la congestion, ou une altération des vaisseaux, ou, peut-être, une modification du sang. Il est vraisemblable que ces trois facteurs ont agi simultanément, et l'auteur développe, d'après les faits cliniques observés, les raisons qui le conduisent à admettre cette triple intervention dans le mécanisme des lésions. R. M.-C.

XXXVII. Folie ou non-folie : revue sommaire des opinions médicale et légale sur la folie et de quelques difficultés pratiques. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1895.)

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes; elles résument son travail :

La loi demande à savoir à quel moment une personne cesse d'être un membre utile de la société, et elle hésite à entraver la liberté d'un individu tant que cet individu n'a pas démontré par son mépris pour les libertés des autres qu'il est un personnage nuisible dont l'internement dans une prison ou un asile est une mesure nécessaire. Il est possible toutefois de penser que la loi servirait mieux les intérêts supérieurs de la société, aussi bien que ceux de l'individu, si elle attachait plus d'importance au traitement médical précoce des personnes dont l'esprit est malade en prenant en considération l'aspect pathologique et physique de la folie aussi bien que le mal social qui en est la conséquence.

La médecine, d'un autre côté, dans un but à la fois pophylactique et curatif, s'efforce de découvrir les premiers symptômes de trouble dans les fonctions les plus obscures et les plus compliquées du système nerveux. Elle est entravée par son ignorance de ces fonctions, et par la difficulté, sinon l'impossibilité de constater les signes physiques directs de la maladie ; elle est par conséquent obligée de conclure des symptômes à la maladie, sans posséder la

notion certaine et précise des lésions pathologiques, mais elle s'achemine lentement vers des connaissances physiques plus exactes.

Dans la pratique, un compromis intervient ordinairement entre ces deux points de vue. La loi se meut lentement, mais elle se rapproche, à un pas régulier, des idées médicales sous la pression de l'opinion publique renseignée par la diffusion plus grande et l'acquisition plus facile des connaissances physiologiques. La solution de la question de folie ou non-folie se trouve donc actuellement entre les mains du public, et si ceux qui sont en contact immédiat et quotidien avec un homme le considèrent comme atteint d'une maladie mentale, cet homme peut être considéré comme légalement aliéné. R. M.-C.

XXXVIII. Sur les affections intestinales de nature trophique chez les aliénés; par Thomas-Philip Cowen. (*The Journal of Mental Science*, avril 1895.)

On voit de temps en temps apparaître dans les asiles des diarrhées qui ne paraissent relever d'aucune cause précise. La diarrhée simple se rencontre dans beaucoup de psychoses, particulièrement dans la paralysie générale, où sa durée est ordinairement longue et sa terminaison souvent funeste. A l'autopsie, on trouve soit de la colite, soit de l'entérite, soit encore de l'entéro-colite, souvent à forme ulcéreuse. On ne trouve habituellement à ces diarrhées aucune des causes ordinaires. On observe deux variétés de cette diarrhée, mais la seconde qui est aussi la plus grave, n'est probablement qu'un état plus avancé de la première. Dans la première variété les évacuations alvines sont aqueuses, fréquentes et ne contiennent ni sang, ni excès de mucus; ordinairement il n'y a ni fièvre, ni symptômes généraux graves. La guérison est fréquente, bien que la terminaison puisse être funeste. On trouve rarement des lésions intestinales manifestes.

Dans la seconde variété les selles sont fréquentes, s'accompagnent de vomissements, de douleurs, souvent de ténesme, toujours de symptômes généraux graves : elles contiennent souvent du sang, du mucus, des lambeaux de muqueuse : la terminaison ordinaire est la mort : on trouve à l'autopsie des lésions inflammations de l'iléon et du côlon, et souvent des ulcérations de la muqueuse. Cette seconde variété est la plus fréquente : on l'observe surtout chez les hommes et plus spécialement dans la paralysie générale.

Le début est soudain ou progressif : la durée varie de trois semaines à trois mois. La perforation avec péritonite consécutive est rare : la fièvre manque souvent; quand elle existe, elle est modérée et irrégulière. L'auteur décrit ici avec soin les altérations anatomiques observées à l'autopsie : nous ne pouvons le suivre ici

dans cette description minutieuse et nous passons avec lui à l'interprétation des faits signalés.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que, en dehors de certaines maladies (fièvre typhoïde, tuberculose), les altérations anatomiques de l'intestin grêle sont excessivement rares. Elles sont assurément rares chez les aliénés, et l'auteur estime qu'elles relèvent chez ces malades du processus général de dégénérescence qu'ils subissent, et ont pour origine une perversion nerveuse; aussi propose-t-il, malgré ce que cette dénomination peut avoir de vague, de les qualifier de trophiques ou de dystrophiques. Il base cette opinion sur les raisons suivantes : 1° rareté des lésions analogues chez l'homme non aliéné; 2° fréquence relative de ces lésions chez les aliénés dégénérés; 3° absence de toute étiologie appréciable; 4° concomitance avec d'autres lésions trophiques; 5° concomitance avec les affections du système nerveux central.

On sait qu'il n'est pas rare chez les aliénés dégénérés et en particulier chez les paralytiques généraux de rencontrer des lésions trophiques, telles que l'atrophie de la peau, des muscles et des os, des destructions de tissus (eschares au sacrum, abcès dits « abcès des aliénés »), des éruptions herpétiques et bulleuses, des formes insidieuses de pneumonie probablement d'origine nerveuse, des cystites aiguës d'origine trophique. Une ou plusieurs de ces trophonévroses se rencontrent habituellement chez les malades atteints des affections intestinales que l'on étudie ici :

On peut expliquer de la manière suivante la production des deux variétés de diarrhée : *A*. Pour la diarrhée aqueuse, celle que l'on rencontre si souvent dans la paralysie générale, elle paraît due à une irritation centrale du nerf vague. Buzzard, parlant de cette forme de diarrhée chez les tabétiques, la rattache à une irritation du noyau du nerf vague dans la moelle, et Bevan Lewis attribue l'excès de liquide à la paralysie des nerfs splanchniques (nerfs vaso-moteurs de l'intestin) et à la transsudation consécutive qui s'effectue des vaisseaux sanguins vers l'intestin, et qui est encore aidée par l'augmentation des mouvements péristaltiques. Cette paralysie vaso-motrice est probablement la cause de la présence d'îlots plus ou moins congestionnés et explique aussi les hémorragies. — *B*. les ulcérations que l'on constate ont souvent cet aspect arrondi et à l'emporte-pièce que l'on attribue d'habitude aux influences trophiques, et dont le type est l'ulcère simple de l'estomac. L'autre variété d'ulcération, celle qui se montre le plus nettement dans la colite ulcéreuse, est probablement due à la même influence : elle est produite par une propagation de l'irritation des noyaux médullaires, donnant lieu à une inflammation et à une ulcération trophique de l'intestin. Il est probable que l'ulcération ainsi provoquée s'agrandit sous l'influence des microbes de l'intestin, dont l'influence est très active sur des tissus de

résistance et de vitalité fort amoindries. L'action nocive du bacillus coli est très énergique à ce point de vue. R. DE MUSGRAVE-CLAY.

XXXIX. SUR LA MESURE DE L'EFFORT NÉCESSAIRE POUR FRACTURER LES CÔTES CHEZ LES ALIÉNÉS ; par Alfred-W. CAMPBELL. (*The Journal of Mental Science*, avril 1894.)

Tous les aliénistes connaissent la fréquence et l'importance médico-légale des fractures des côtes chez les aliénés : M. Mercier a imaginé un appareil fort ingénieux pour mesurer, en poids, l'effort nécessaire pour déterminer sur le cadavre la force nécessaire pour fracturer les côtes. L'auteur s'est servi de cet appareil dans 158 cas, qui se répartissent ainsi au point de vue des formes d'aliénation mentale : paralysie générale, 18 cas ; démence sénile, 12 cas; mélancolie, 9 cas ; démence consécutive, soit à la manie, soit à la mélancolie, 8 cas; épilepsie, 4 cas; démence organique, folie avec hallucinations et manie chronique, de chaque, 2 cas ; manie aiguë, 1 cas. Il est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La résistance des côtes à la fracture, dans la paralysie générale est d'ordinaire considérablement inférieure à la résistance normale. En prenant pour moyenne de l'effort nécessaire pour fracturer la huitième côte chez l'homme adulte, le chiffre de 62 livres pour la face convexe et de 65 livres pour la face concave (la livre dont il s'agit ici est la livre anglaise de 433 grammes), on trouve que chez 13 paralytiques généraux du sexe masculin, cet effort a été de 44,8 livres pour la convexité, et de 44,4 livres pour la concavité.

2° Dans la folie sénile, la résistance des côtes à la fracture est également très diminuée, et le fait est surtout manifeste chez les femmes, car en prenant pour moyenne de l'effort nécessaire pour fracturer la huitième côte chez la femme adulte le chiffre de 29 livres pour la convexité, et de 30 livres pour la concavité, on trouve, dans six cas de démence sénile chez la femme, les chiffres extrêmement faibles de 11,8 livres pour la convexité, et 11,3 livres pour la concavité.

3° Dans presque toutes les formes d'aliénation mentale, la résistance est diminuée : dans les 58 cas examinés, la moyenne de l'effort nécessaire pour fracturer les côtes a été : pour les hommes (35 cas), de 41,04 livres du côté de la convexité, et de 42,14 livres du côté de la concavité ; pour les femmes (23 cas), de 20,68 livres du côté de la convexité, et de 28,90 livres du côté de la concavité.

4° Le sexe joue un rôle important dans la diminution de la résistance aux fractures ; chez les femmes, en effet, les côtes paraissent être, aussi exactement que possible, de moitié moins résistantes que chez les hommes.

5° La résistance aux fractures varie proportionnellement à l'âge : elle augmente d'une façon régulière depuis la jeunesse jusque vers l'âge de trente-cinq ans, où elle atteint son maximum, puis elle décroît progressivement.

6° Dans toutes ces expériences, la différence d'intensité entre la force fracturante appliquée à la convexité de la côte et la force fracturante appliquée à sa concavité a été moindre que celle que l'auteur s'attendait à rencontrer. Dans la majorité des cas, la résistance a paru un peu plus grande du côté de la concavité ; mais, en somme, l'écart est peu considérable.

L'auteur a eu l'excellente idée de compléter ses recherches par l'étude histologique des côtes soumises à ces efforts fracturants, et il indique avec d'intéressants détails le résultat des investigations micrographiques auxquelles il s'est livré ici ; ce qui en résulte d'une manière très évidente, c'est que, dans tous les cas où la résistance de l'os à la fracture est abaissée, l'examen histologique révèle une altération des tissus qui concourent à constituer la force architecturale de la côte. R. de MUSGRAVE-CLAY.

XL. NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS QUI EXISTENT ENTRE LES MALADIES CHRONIQUES DU REIN ET LA PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS ; par Hubert-C. BRISTOWE. (*The Journal of Mental Science*, juillet 1895.)

Ce travail est le complément de celui que l'auteur a publié dans le *Mental Science*, et dont nous avons donné les conclusions ; M. Bristowe les maintient, et en se basant sur un nombre de faits actuellement plus considérable, il continue à penser que les affections rénales, d'une forme ou d'une autre, sont extrêmement communes dans la paralysie générale. Mais il est obligé de reconnaître en même temps que, d'après les statistiques, il n'est pas aussi évident qu'il l'avait pensé que cette forme d'affection rénale soit toujours la néphrite interstitielle. Il est certain que c'est celle-ci que l'on rencontre dans la majorité des cas ; dans d'autres cas, une néphrite interstitielle qui existerait pourrait être masquée par d'autres grosses lésions du rein. Il a observé au moins un cas dans lequel la lésion, microscopiquement douteuse, fut constatée à l'examen microscopique. A ne considérer d'ailleurs que l'épaississement des artères de la pie-mère et l'accroissement de la tension artérielle dans les gros vaisseaux, il serait bien surprenant de ne pas trouver une altération rénale.

Plus l'auteur approfondit cette question, plus il incline à croire que l'opinion de Gull et de Sutton est la vraie — ou tout au moins est vraie, — lorsqu'ils soutiennent qu'il existe une maladie spéciale qui est la sclérose artério-capillaire, et que, dans cette maladie, les reins sont communément atteints. Il ajouterait volontiers

que, dans certains cas, cette maladie peut aussi donner naissance à une maladie du cerveau, et que cette maladie est la paralysie générale des aliénés. R. M.-C.

XLI. La folie chez les indigènes de l'Afrique du Sud; par E. Duncan Greenlees. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1895.)

L'Afrique du Sud est peut-être l'un des pays où l'influence de la race blanche est la plus accusée et où les effets nuisibles de la civilisation sont le plus marqués sur la race indigène; celle-ci, d'ailleurs, est trop mélangée actuellement avec les races voisines pour que l'on puisse tenter de lui attribuer des caractères ethnologiques propres.

Au point de vue des formes de la folie, on constate une prédominance remarquable de la manie (321 cas de manie sur un total de 473 aliénés). La paralysie générale est extrêmement rare: sur le même chiffre d'aliénés, l'auteur n'en a trouvé que 2 cas. Les causes générales sont difficiles à préciser, car on ne connaît guère l'histoire ou les antécédents des malades; cependant il en est deux qui ne peuvent guère être contestées: ce sont les excès alcooliques et l'habitude de fumer le « *dagga* », plante très analogue au chanvre indien.

L'auteur fait remarquer en terminant les avantages que présente l'étude de la folie chez les peuples primitifs; le cerveau indigène est très analogue au cerveau d'un enfant européen; à bien des égards, les attributs mentaux de ces peuplades ressemblent à ceux d'un enfant; de là des aspects nouveaux bien faits pour intéresser l'observateur. R. M.-C.

XLII. Trois cas de guérison de la mélancolie après une très longue durée de la maladie; par James Neil. (*The Journal of Mental Science*, janvier 1895.)

Chez ces trois malades, la mélancolie avait duré respectivement onze ans, neuf ans et demi et sept ans. Le premier de ces cas est le cas le plus prolongé de mélancolie aboutissant à la guérison que l'auteur connaisse, exception faite pour un cas rapporté par le Dr Blandford, et qui avait duré treize ans. Les trois malades avaient présenté des symptômes qui sont généralement considérés comme ayant une signification pronostique défavorable. La guérison a été complète dans les trois cas. R. M.-C.

XLIII. Fréquence des affections rénales constatées a l'autopsie dans les asiles, leurs rapports avec l'alcoolisme et la folie; par Hubert Bond.

L'auteur a fait 154 autopsies; or, 74 fois, soit dans 48 p. 100 des

cas, il a trouvé des altérations du rein. Cette proportion ne correspond en aucune façon à celle des antécédents alcooliques chez ces malades. Les affections rénales ne semblent donc pas une conséquence d'une intoxication préalable mais plutôt la cause d'une auto-intoxication qui entraînerait les troubles mentaux secondaires. (*British medical journal*, 2 mars 1895.) A. M.

XLIV. Deux cas d'hystérectomie suivie d'accès d'aliénation mentale; par Macpherson Lawrie. (*British medical journal*, 19 janvier 1895.)

L'une des malades était âgée de quarante-trois ans, l'autre de soixante-six ans, sans tare héréditaire connue. La première malade mourut en pleine manie aiguë, l'autre guérit après un accès anxieux.

A signaler dans le même numéro deux cas de tétanos traités par l'antitoxine. Le traitement réussit chez l'adulte, chez l'autre il n'empêcha pas la mort. C'était un enfant nouveau-né d'ailleurs. (Drs Marriot et Lacy-Firth.) A. M.

XLV. Extraits d'un rapport du comité des maladies mentales et nerveuses; par Whitwell. (*Occidental medical Time*, mai 1894.)

Le comité émane de la Société médicale de Californie. Ce rapport est d'autant plus intéressant que l'État de Californie a adopté le principe que l'on propose d'adopter en France, de la comparution de l'aliéné devant les magistrats. Chaque fois qu'un individu est signalé comme aliéné, il doit être cité à comparaître devant le juge. Il en résulte des situations particulièrement regrettables et même scandaleuses, comme la comparution d'un typhoïde avec délire ou d'une mélancolique puerpérale.

Le comité réclame le retrait de ces examens aux juges pour qu'ils soient confiés uniquement aux médecins seuls compétents. C'est la mesure que requiert d'urgence la sollicitude vraiment éclairée à l'égard des aliénés. A. M.

XLVI. La folie chez les Malais; par Gilmore Ellis de Singapoore.

Amok et sakit-hati, tels sont les deux noms donnés aux deux grandes formes d'aliénation mentale qu'on observe chez les Malais. L'amok est un raptus homicide, manie impulsive rappelant l'épilepsie par l'automatisme brusque de l'impulsion ambulatoire. Le malade se précipite dans une foule frappant tous ceux qu'il rencontre devant lui. Le sakit-hati est au contraire une sorte d'hébétude avec dépression et confusion mentale. Les deux formes peuvent alterner comme dans la folie circulaire. A. M.

XLVII. Observation de paralysie générale associée a une atrophie musculaire progressive; par P. Schuster. (*Neurolog. Centralbl.* XIV, 1895.)

Démence avec idées de grandeur, immobilité pupillaire réflexe, hypoalgésie dans les jambes (moindre à la partie supérieure du corps); atrophie musculaire extrême. Il s'agit évidemment de deux maladies, car l'un des complexus morbides (l'atrophie) précédait l'autre (la démence paralytique) de huit années.

L'auteur établit le diagnostic d'avec la névrite atrophique par exemple du tabes dorsal, d'avec la névrite multiloculaire avec atrophie, d'avec la syringomyélie. Conviendrait-il d'admettre deux groupes de cas : celui du type actuel et un autre dans lequel la paralysie générale précéderait l'atrophie ? On ne sait. Y aurait-il lieu de tenir pour accidentelle la coexistence de la paralysie générale et de l'atrophie, ou de considérer cette coexistence comme due à la même cause ? La même cause ou la communauté d'origine est supposable lorsqu'en peu de temps se succèdent les deux maladies. Et alors, comme dans notre cas, la syphilis peut être rendue responsable des deux maladies. Mais le long intervalle de temps écoulé entre les deux maladies est un argument contre la poliomyélite antérieure syphilitique. Il n'en faut pas moins, pour juger de la question, examiner avec précision les cornes antérieures des nombreuses moelles de paralytiques généraux. P. K.

XLVIII. Des paralysies psychiques ; par C. S. Freund. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Les paralysies hystériques sont des paralysies psychiques, mais toute paralysie psychique n'est pas hystérique. La paralysie psychique est une paralysie centrale qui porte sur des formes déterminées du mouvement mais non sur quelques muscles isolés. Dans ces paralysies, les mouvements sont suspendus exactement dans l'ordre où l'exercice les avait fait acquérir, de sorte qu'il peut y avoir perte fonctionnelle de tout un membre aussi bien que d'un mouvement isolé. En d'autres termes, les mouvements volontaires sont l'expression extérieure de certaines conceptions qui, elles, sont le résultat de notre expérience.

Comment donc acquérons-nous nos conceptions, c'est-à-dire l'expérience. De quelle manière et en quel lieu s'effectue le travail mental correspondant aux mouvements acquis par l'expérience ?

D'après la théorie des unités psychiques corticales, de l'onde moléculaire constituant la perception élémentaire, et des centres sous-corticaux chargés d'élaborer les excitations centrifuges (H. Sachs), l'image commémorative des impressions n'est autre chose que la synergie des cellules reliées entre elles par des

faisceaux d'association bien exercés et se transmettant les ondes moléculaires qui s'y forment. Le substratum physiologique préétabli, *c'est la constante de l'énergie psychique*. Loi, d'après laquelle la somme des tensions de toutes les ondes moléculaires existantes est presque constante chez certains individus dans les limites de certains facteurs de temps. Avec l'âge, avec la nutrition, consécutivement aux perturbations physiologiques dues à la fatigue, cette quantité d'énergie psychique peut varier. De cette loi résulte que, pour que de nouvelles conceptions deviennent conscientes, il faut et il suffit que celles qui ont été antérieurement emmagasinées diminuent, et qu'en outre, l'intensité, c'est-à-dire la hauteur absolue d'un groupe donné de conceptions soit toujours en rapport inverse avec leur expansion puisque cette hauteur absolue est la résultante des ondes élémentaires constitutives du groupe conceptuel.

Les conceptions du mouvement forment, ainsi, les anneaux de ces innombrables chaînes d'associations par lesquelles il nous faut nous représenter reliées entre elles les diverses parties de notre écorce cérébrale. C'est le jeu des ondes qui projette au-dessus du seuil de la conscience ces conceptions, ou au contraire qui les attire au-dessous du seuil.

Tel est le canevas de cette étude.

La finale, c'est que les fibres d'association peuvent être arrêtées dans leur fonctionnement à raison d'un défaut de répartition de la provision limitée d'énergie psychique nécessaire aux mouvements. En ce cas, il y a arrêt de mouvements, paralysie psychique pour l'ensemble du territoire des fibres d'association. Et cela, sans qu'il y ait de perturbations anatomiques localisées, puisque, par toute l'écorce du cerveau, il y a dissémination des unités corticales et de leurs fibres d'association, qui ne sont enchaînées que par l'exercice résultant de l'expérience.

La classification des paralysies psychiques se résume en : paralysie psychique généralisée par abdication de l'ensemble de la vie conceptuelle ou stupeur, et paralysie psychique d'une partie du corps par le détournement dans d'autres groupes conceptuels de la provision d'énergie psychique, ou par l'absence ou l'insuffisance de la quantité absolue d'énergie psychique (exemple l'hystérie). Il y a une modification des rouages attractifs des fibres d'association excito-motrices, chargées de tensions moléculaires.

L'organe de l'intelligence est en effet non point l'écorce du cerveau en général, mais le système des fibres d'association. P. K.

XLIX. Recherches sur la genèse des accès d'épilepsie; par W. de Bechterew. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Expériences sur les chiens et les chats.

Conclusions. — L'excitation des centres corticaux du cerveau

peut, chez l'animal adulte, provoquer des accès d'épilepsie. Les régions de la base, si tant est qu'elles participent à cette genèse, contribuent surtout à en engendrer l'élément tonique. Ces dernières régions (protubérance et bulbe) pourront provoquer l'épilepsie, dans les cas d'excitation mécanique de la protubérance, de commotion cérébrale, d'intoxication, mais il faut que l'écorce intervienne, car c'est son excitation qui imprime aux convulsions le caractère épileptiforme. P. KERAVAL.

L. OBSERVATION DE MÉTASTASE CARCINOMATEUSE DANS LA CIRCONVOLUTION DU CORPS CALLEUX ; par W. MURATOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Une femme qui se plaint de douleurs abdominales est hémiparétique du côté droit, cette hémiparésie est survenue brusquement. Elle éprouve des vertiges. La parole est demeurée indemne. Il existe un cancer ovarien qui a envahi le mésentère. Toute la circonvolution du corps calleux gauche est envahie par un néoplasme qui est limité, en arrière, par le lobule paracentral. Il n'y a plus à proprement parler de circonvolution du corps calleux au niveau des ascendantes; la partie interne de la capsule interne est altérée.

P. K.

LI. CONTRIBUTION A LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ET DE L'ÉPILEPSIE ; par HILLENBERG. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Etude très complète dont nous extrairons le principal.

Dans la paralysie générale (48 h., 12 f.) comparée à un nombre égal de déments, l'auteur a examiné l'analgésie cubitale, la sensibilité cutanée, celle des pupilles. Sur le premier chef, il enregistre les mêmes résultats que Cramer ; il y a analgésie cubitale chez 90 p. 100 des paralytiques généraux; chez 79 p. 100 les déments ordinaires présentent la réaction normale. En ce qui concerne la sensibilité cutanée, ses résultats concordent avec ceux de Kornfeld et Bikeles; l'anesthésie n'est qu'un phénomène rare du complexus symptomatique de la paralysie générale. Les pupilles sont, chez les paralytiques, généralement égales et de moyenne largeur; l'immobilité pupillaire s'y combine surtout à la disparition du phénomène du genou; après cela, comme degré de fréquence, on constate la conservation de la réaction pupillaire associée à l'exagération du phénomène du genou.

Dans l'épilepsie (26 h. 27, f.), l'analgésie cubitale est un signe de la maladie, quand on n'a pas affaire à de la paralysie générale ; notamment s'il s'agit d'épilepsie dite psychique, sans attaques convulsives nettes. P. K.

LII. Une observation de psychose menstruelle avec goitre et exophtalmie périodique; par E. Thomas. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.*, LI, 3.)

Il s'agit d'une fillette intelligente, de famille tarée. A l'âge de dix-huit ans, elle reste en stupeur pendant un an. L'accès récidive à l'âge de vingt-six ans; cette fois on constate une tumeur de goître avec exophtalmie; à l'époque des règles, que celles-ci apparaissent ou non, courts accès d'agitation, souvent extrêmement vive, pendant lesquels, le goître et l'exophtalmie diminuent. Au moment du déclin de l'agitation, l'administration de digitale pendant dix jours empêche la stupeur de revenir. L'auteur en conclut que la stupeur avait pour facteur une stase veineuse intra-cérébrale qui augmentait la tension intra-orbitaire et thyroïdienne.

P. Keraval.

LIII. Contribution a l'étude des altérations de l'urine dans les maladies mentales, et, en particulier, dans la paralysie progressive des aliénés; par P.-R. Siegmund. (*Allg. Zeitsch. f. Psychiat.* LI, 3.)

La glycosurie (réactif de Nylander) existait chez les paralytiques généraux (52,30 p. 100), les épileptiques (7,4 p. 100), les déments (3,77 p. 100). Elle faisait défaut chez tout autre aliéné.

P. K.

LIV. Paralysie hystérique avec contracture et troubles mentaux; par le Dr H. Bonnet.

Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte d'hémiplégie du côté gauche avec contracture des mains, hémianesthésie et amaurose de l'œil droit; il existait en même temps un état mélancolique avec cauchemars, hallucinations. La malade présentait aussi des lésions de tuberculose au début aux deux sommets.

Le traitement institué a été le suivant :

Electricité à courants continus, huile de foie de morue, bains de mer chauds, phosphure de zinc, peptonate de fer. Quelque temps après le début de la médication, on fit tous les deux jours et pendant quinze jours deux injections de un centimètre cube et demi chacune de sérum.

Au bout de trois mois, les troubles de la motilité et de la sensibilité avaient disparu; la vision avait reparu; la poitrine n'offrait plus rien d'anormal et les conditions psychiques étaient redevenues naturelles. (*Annales médico-psychologiques*, janv. 1896.)

E. B.

LV. Deux cas de folie hystérique d'origine infectieuse; par le Dr Taty.

Déjà connus depuis quelques années comme agents provocateurs de l'hystérie, les agents infectieux tendent à prendre la valeur d'un facteur étiologique capable de créer la maladie de toutes pièces. A l'appui de cette idée l'auteur présente deux observations :

Dans le premier cas, il s'agit d'une malade de vingt-trois ans, sans antécédents héréditaires, chez laquelle sont survenus, consécutivement à une infection puerpérale, des troubles hystériques caractérisés par des phases diverses d'agitation, de confusion mentale, de demi-stupeur, de pseudo-catalepsie avec conservation de la conscience.

Chez la deuxième malade, au lieu de voir la folie hystérique succéder cliniquement à une infection primitive, c'est l'hystérie qui ouvre la marche par des accidents convulsifs et de la stupeur. L'infection originelle ne s'est révélée que tardivement, mais avec des allures si sournoises et cependant des lésions si graves que l'auteur estime que l'agent infectieux, qui devait plus tard donner naissance à une tuberculose pulmonaire et enlever rapidement la malade, couvait depuis longtemps dans l'organisme et préparait son terrain, manifestant seulement son sourd travail par les troubles cérébraux et nerveux. (*Annales médico-psychologiques*, déc. 1895.)

E. B.

LVI. La folie chez les nègres; par le Dr Babcock.

Sous le nom de nègres, l'auteur comprend les individus de race africaine, qu'ils soient nègres pur sang ou demi-sang.

D'après divers témoignages, les maladies mentales sont inconnues chez les tribus sauvages africaines. De même la folie était rare chez les esclaves des Etats américains du Sud.

Depuis l'émancipation, la folie est devenue de plus en plus commune chez le nègre ; alors qu'en 1860 la folie était cinq fois moins fréquente chez le nègre que chez le blanc, elle ne l'était plus que trois fois en 1870 et deux fois en 1880.

D'après la dernière statistique de 1890, il y avait un aliéné sur 1,364 nègres dans les Etats du Sud, un sur 542 dans les Etats du Nord et un sur 376 dans les districts et territoires. Et même dans l'Etat de Virginie, l'accroissement des cas de folie dans la race noire a été, depuis vingt-cinq ans, de 100 p. 100 tous les dix ans.

Les nouvelles conditions d'existence intellectuelle, matérielle et sociale créées par l'émancipation, succédant brusquement à l'inaction cérébrale la plus complète, suffisent à expliquer cet accroissement énorme des cas de folie.

Un fait intéressant dans l'étude de la folie chez la race nègre,

c'est la rareté de la mélancolie et la fréquence, relativement bien plus grande que chez le blanc, de la manie. Depuis quelques années on a rencontré chez le nègre certaines formes de maladies mentales qu'on n'avait jusque-là rencontrées que chez le blanc : la paralysie générale, la dipsomanie, l'intoxication par l'opium. Les idées de suicide sont relativement rares chez le nègre. (*The alienist and neurologist*, oct. 1895.) E. B.

LVII. La race dégénère-t-elle? par le Dr Talbot.

Prenant pour définition de la dégénérescence celle qu'a donnée Morel, l'auteur montre que les signes de dégénérescence sont fréquents, puisqu'on en constate dans 75 cas pour 100 chez les aliénés, dans 74 p. 100 chez les ivrognes, dans 39 cas pour 100 adultes pris au hasard. De là à proclamer la dégénérescence de la race, ce serait peut-être tirer une conclusion trop absolue, mais la société doit profiter du premier pas fait dans l'étude de la dégénérescence par la découverte des stigmates de dégénérescence, car la race porte en elle les germes de sa propre destruction. (*The alienist and neurologist*, oct. 1895.) A. B.

LVIII. La race dégénère-t-elle ? par le Dr Bannister.

L'auteur s'élève contre la théorie de Nordau, d'après laquelle la race dégénère. Non, la race et en particulier la race américaine ne dégénère pas; si certains de ses membres ont dégénéré, on peut dire que la race type s'est élevée à un degré plus élevé tant au point de vue physique qu'au point de vue intellectuel.

Près de la moitié des cas de folie sont constatés chez des immigrants que leur nouveau genre d'existence a placés dans des conditions spéciales. Sans médire de nos ancêtres, dit l'auteur, il y a tout lieu de croire qu'ils avaient, en proportion, autant de vices que leurs descendants et sous le rapport de la moralité, aussi bien que de l'organisation sociale et politique, nous avons suivi depuis un siècle une large voie de progrès. (*The alienist and neurologist*, oct. 1895.) E. B.

LIX. La race dégénère-t-elle ? par le Dr Kiernan.

Il est une loi psychologique observée par Macauley, c'est que la société, tout en suivant un mouvement progressif en avant, a une tendance générale à regarder le temps passé avec un sentiment de regret. De cette disposition générale de l'esprit humain a résulté de tout temps une sorte de pessimisme populaire que des données scientifiques sont venues, au cours de ce siècle, renforcer de leur autorité en proclamant la notion de la dégénérescence de la race.

L'auteur réfute successivement les divers témoignages apportés

par les auteurs à l'idée d'une dégénérescence de la race : tendances littéraires actuelles; instabilité sociale; accroissement du nombre des criminels; fréquence plus grande de la folie; diminution du chiffre de la natalité et augmentation du nombre des enfants du sexe féminin; enfin, le goût montré par les femmes pour les occupations masculines, en même temps que l'émancipation de la femme.

L'auteur montre combien cette dernière notion est fausse en s'appliquant à une idée de dégénérescence, car elle représente bien plutôt une marche en avant sur le chemin de la perfection, car, comme le dit Shelley, « comment l'homme peut-il être libre, si la femme est une esclave? » Les partisans de la dégénérescence semblent ignorer la bienfaisante loi biologique par laquelle l'espèce, en cas de dégénérescence, tend à la restauration du type.

En résumé, la race n'a pas dégénéré, mais elle a commencé, au contraire, « à se mouvoir en avant, perfectionnant la bête et laissant s'éteindre en elle le singe et le tigre ». (*The alienist and neurologist*, oct. 1895.) E. B.

REVUE DE PATHOLOGIE NERVEUSE.

LXI. Deux cas de tumeur du canal rachidien comprimant la moelle; par MM. Raymond et Nageotte. (*Journal de neurologie et d'hypnologie*, nos 1 et 2.)

Une erreur de mise en pages ayant fait paraître l'analyse de la *Note* très intéressante de notre ami, le professeur Raymond, *sans les figures* [1], nous avons cru devoir l'insérer de nouveau telle qu'elle devait être. B.

Le premier cas concerne un homme de vingt-six ans chez lequel l'affection débuta par des sensations douloureuses dans les membres inférieurs et par une faiblesse croissante. En même temps survinrent des douleurs en ceinture et une névralgie du septième espace intercostal gauche. A l'hôpital on constate une paraplégie spasmodique qui, au bout de quelque temps, devint flasque en même temps que disparaissaient tous les phénomènes douloureux. Anesthésie remontante jusqu'à la huitième vertèbre

[1] Ces *figures* ont été mises à notre disposition par le Dr I. Crock, rédacteur en chef du *Journal de Neurologie*.

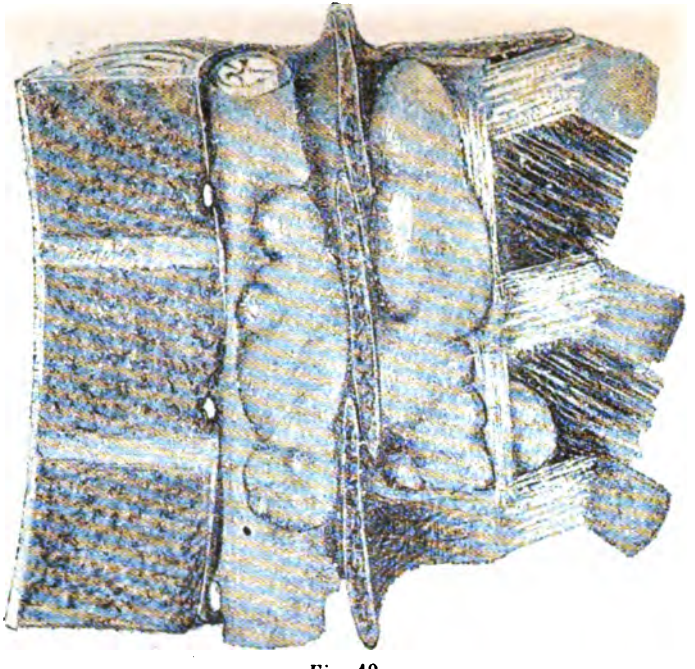

Fig. 19.

Observation I. — La tumeur vue obliquement par derrière après ablation des arcs et d'une partie des corps vertébraux. Prolongement dans le canal rachidien et dans la gouttière vertébrale.

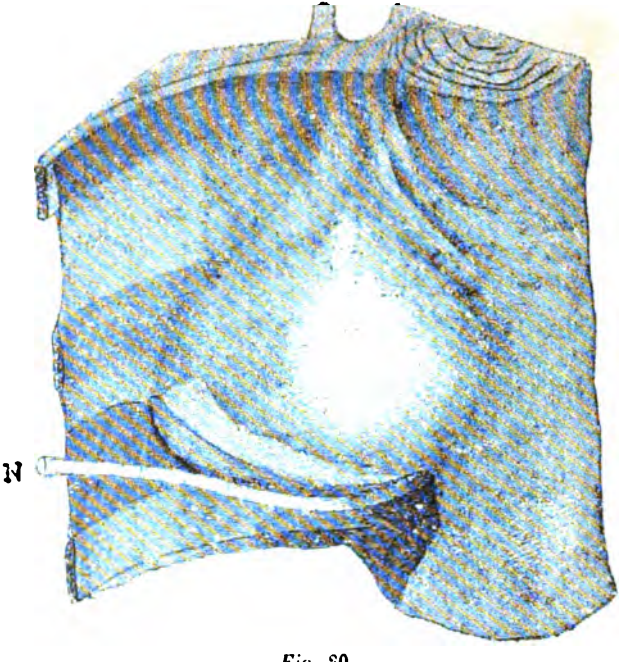

Fig. 20.

Observation I. — Prolongement sous-pleural de la tumeur. N, nerf intercostal visible sous la plèvre réclinée, à la partie inférieure de la tumeur.

Fig. 21.

Observation I. — Coupe de la moelle un peu au-dessus du point le plus lésé (coloration de Pal). Elargissement des travées vasculaires qui circonscrivent des îlots où la myéline désintégrée est restée sur place.

Fig. 22.

Observation II. — Prolongement intra-rachidien de la tumeur qui vient comprimer la moelle et semble situé sous l'arachnoïde, alors qu'en réalité il est coiffé de la dure-mère adhérente et amincie.

dorsale, troubles sphinctériens. Mort quatre mois après le début des accidents par tuberculose pulmonaire.

A l'autopsie on trouva une tumeur violacée paraissant s'être

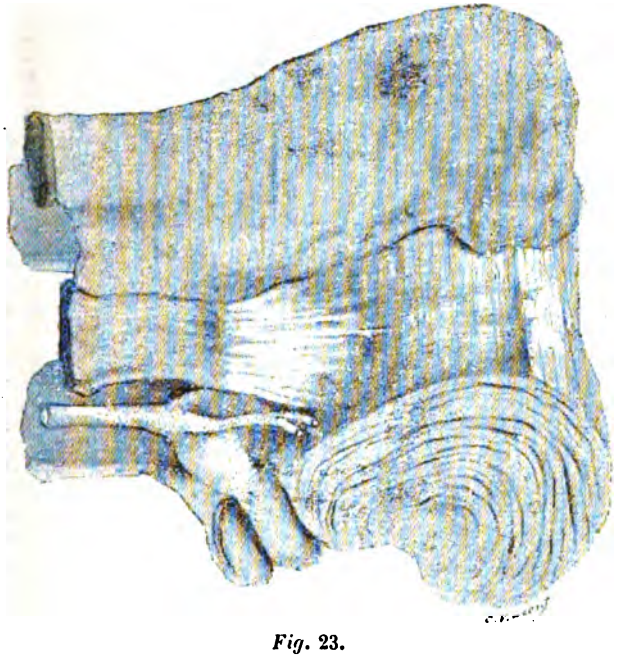

Fig. 23.

Observation II. — Prolongement de la tumeur dans le canal de conjugaison, vu par en dessous après désarticulation de la vertèbre inférieure.

développée primitivement dans le sixième trou de conjugaison dorsal droit : un des prolongements de la tumeur s'étendait sous la plèvre, l'autre sous les muscles des gouttières vertébrales, le troisième dans le canal rachidien où il comprimait la moelle.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de qnarante-neuf ans qui se plaignit d'abord de fourmillements dans la plante des pieds et d'une faiblesse des jambes qui augmenta peu à peu. Bientôt cet homme fut atteint d'une paralysie spasmodique, de contractions douloureuses et de troubles sensitifs variés dans les membres inférieurs, consistant principalement en une déformation syringomyélique plus ou moins complète. Paralysie des

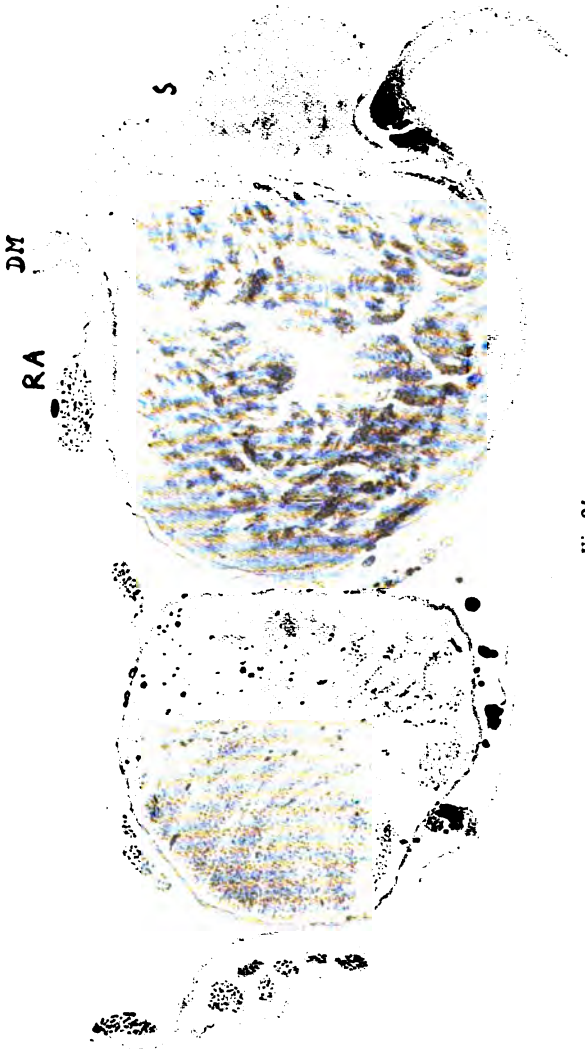

Fig. 24.

Observation II. — Coupe de la moelle et de la tumeur; D M, dure-mère; S, surface de section séparant la partie intra-rachidienne de la tumeur; R A, racine antérieure tuméfiée.

sphincters, crises pseudo-angineuses, léger nystagmus. Mort par broncho-pneumonie dix mois après le début des accidents.

A l'autopsie on trouva un sarcome logé dans le huitième trou de conjugaison dorsal droit comprimant la moelle par un prolongement intra-rachidien. Dans les deux cas la lésion médullaire était de même nature : il s'agissait d'une myélite diffuse transverse qui altérait les cylindraxes sans les sectionner complètement, il leur eût été dès lors possible de remplir leurs fonctions si la cause de leur altération, c'est-à-dire la compression de la moelle, avait été supprimée. Les constatations histologiques dans ces deux cas étaient donc en faveur d'une intervention chirurgicale.

G. Deny.

LXII. Surdité et aphasie hystériques chez un homme; par le Dr Emory Sanphear.

Il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, teneur de livres, qui, après quelques excès alcooliques et génitaux se réveilla un beau matin avec une surdité et une aphasie motrice complètes avec des fourmillements dans tout le côté droit. L'examen du malade montra une hémianesthésie complète du côté droit, de l'abolition des réflexes. La surdité et l'aphasie ont rapidement cédé à un traitement hydrothérapique. (*The alienist and neurologist*, octobre 1895.)

E. B.

LXIII. Un cas d'acromégalie dans le gigantisme; par Woods Hutchinson. (*The Amer. Jour. of the medical science*, août 1895.)

Il s'agit d'une géante française, lady Aama, qu'on exhibait en public et qui mourut le 27 février 1893 à Jowa. Elle mesurait 6 pieds 7 pouces 3/4 (2m,02) et paraissait avoir dix-sept ans. Elle était morte d'une attaque de grippe survenue au cours d'une cachexie déjà vieille. C'était le quinzième enfant d'un pauvre laboureur et ses frères et sœurs étaient de taille moyenne. Son intelligence était faible. La mort l'a surprise comme sa taille croissait encore. Son corps était très émacié; ce qui frappait, c'était le petit développement de la poitrine et du tronc relativement à celui des membres. La longueur du membre inférieur mesurait 47 pouces (1m,193), soit presque 60 p. 100 de la hauteur totale du corps. Or, suivant le canon de Blanc (*Anatomie artistique* de Duval), qui était, paraît-il, suivi par les anciens artistes égyptiens, la longueur du membre inférieur représenterait normalement les 10/19 de la hauteur totale (soit environ 52 p. 100). De même le membre supérieur mesurait 37 pouces (0m,939) et, d'après le même canon, il n'aurait dû avoir que 33 pouces 1/3 (0m,846).

D'autre part, le sternum mesurait 8 pouces 1/4 (0m,209) ou seu-

lement 1/4 de pouce ($0^m,006$ environ) de plus que celui d'un homme adulte moyen (Duval), et la clavicule 7 pouces ($0^m,177$) ou seulement 1 pouce ($0^m,0254$) de plus que le même étalon. La main qui, dans le canon artistique, représente le 1/10 de la hauteur totale était égale chez cette femme au 1/7; les doigts étaient longs, de grosseur uniforme et aux extrémités carrées; le pied était aussi très gros; de même la mâchoire et les os du nez. Au contraire, le crâne avait une circonférence à peine au-dessus de celle d'une femme moyenne, 21 pouces 1/8 ($0^m,536$) au lieu de 20 pouces ($0^m,508$).

Les glandes mammaires étaient complètement absentes; et la circonférence de la poitrine avait seulement 2 pouces ($0^m,05$) de moins que celle des hanches. Le cœur était d'une grosseur légèrement au-dessus de la moyenne, tandis que les poumons semblaient plutôt petits. La rate, très grosse, pesait 2 livres. La glande thyroïde paraissait normale de poids et d'aspect.

Le cerveau était pâle et, à cause de la tardiveté de l'autopsie, dans un état de semi-dégénérescence telle qu'il était difficile de l'enlever entier. Pour la même cause, le corps pituitaire, qui était grandement hypertrophié, fut arraché en l'enlevant du cerveau; ses dimensions ont pu être déterminées par celles de la fosse pituitaire, dont les diamètres antéro-postérieur et transverse mesuraient respectivement 1 pouce 1/4 ($0^m,031$) et 1 pouce 1/2 ($0^m,038$). Le poids du cerveau, après durcissement dans l'alcool, était de 36 onces (737 gr. 10), soit 8 onces (226 grammes) au-dessous de la moyenne pour la femme. Les méninges étaient saines.

Les organes génitaux étaient anormaux, et les grandes lèvres peu développées; le clitoris au contraire, extrêmement proéminent, 1 pouce 1/2 ($0^m,038$), ressemblait à un petit pénis. La malade passait d'ailleurs pour hermaphrodite. Le vagin était petit et étroit, à peine capable d'admettre l'index. Les organes génitaux internes étaient plus ou moins atrophiés.

Les os étaient spongieux, dans un état d'ostéoporose. On pouvait facilement enlever les dents de leurs alvéoles et on aurait pu briser les côtes avec un léger effort. Les os, quoique plus grands, étaient à peine plus lourds que la normale. Les sinus osseux craniens étaient très élargis et leurs parois très minces.

L'auteur donne différentes mensurations portant sur le tronc, le bassin et les membres. Dans ses considérations générales, il paraît admettre que l'hypertrophie du corps pituitaire est la principale lésion de l'acromégalie; puis il recherche les rapports qui peuvent exister entre l'acromégalie et le gigantisme. Il pense que, dans beaucoup de cas, les géants sont des malades ayant peu de vitalité et mourant jeunes, et aussi que le processus acromégalique, survenant dans l'enfance ou dans la période embryogénique, allongerait les os comme il les épaissit dans l'âge adulte. Quel est le

rôle du corps pituitaire? Bien que mystérieux et indéfinissable encore, il semble devoir être principal dans la pathogénie de l'acromégalie.

L'auteur en finissant fait remarquer que le corps pituitaire qui est hypertrophié dans l'acromégalie, si souvent liée au gigantisme, serait au contraire atrophié chez les crétins et les nains. Enfin, d'autre part, ajoute-t-il, les singes anthropoïdes qui, par la mâchoire, les sinus frontaux, les mains, les pieds et la cyphose dorsale rappellent les acromégaliques, présenteraient dans certains cas une fosse pituitaire très excavée. E. T.

LXIV. Alopécie localisée dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique; par le Dr P. Ladame.

Observation d'un malade qui, tombé d'un échafaudage placé entre le deuxième et le troisième étage d'une maison en construction, et n'ayant présenté d'autre blessure immédiate qu'une plaie des parties molles au niveau de la bosse pariétale gauche, resta atteint d'hystéro-neurasthénie traumatique de forme classique.

Le point intéressant de l'observation réside dans une calvitie précoce nettement localisée au voisinage de la cicatrice de 4 centimètres, située au niveau de la bosse pariétale gauche. Depuis l'accident, en effet, le malade a perdu abondamment ses cheveux dans toute cette région qui, du reste, est hyperesthésiée, et il n'en reste que quelques rares mèches clairsemées qui témoignent des limites primitives de sa chevelure. La peau ne présente, à cet endroit, aucune altération : elle est parfaitement lisse et polie. (*Revue neurologique*, janvier 1896.) E. B.

LXV. Du bégaiement hystérique; par B. S. Greidenberg. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Trois observations. Symptômes plus ou moins marqués de l'hystérie. Le bégaiement survient toujours brusquement; dans la première observation, après un très fort accès d'hystérie — dans la deuxième, après une secousse morale — dans la troisième, après du surmenage physique. Dans les deux premières observations, rapport étroit du bégaiement avec la mutité; dans la troisième le bégaiement reste seul.

Signes différentiels du bégaiement hystérique: 1° il ne date pas de l'enfance — 2° il survient et cesse brusquement — 3° il n'a pas la marche intermittente — 4° il persiste pendant que cessent le trouble respiratoire et les convulsions des muscles de la face — 5° il s'accompagne d'autres signes de l'hystérie (Higier, Remak).

Pathogénie. — Tous les troubles de la parole hystériques, survenant à la suite d'une forte et soudaine secousse nerveuse, résultent

d'une brusque détente des éléments nerveux du centre de la parole placé dans l'écorce du cerveau. Tant que dure cet épuisement du cerveau, tant que les éléments nerveux, ou quelques-uns d'entre les éléments nerveux du cerveau sont privés de leur énergie spécifique et ne peuvent fonctionner, persiste la perte correspondant de la parole (mutité, aphasie). Quand cet état s'est dissipé, la parole revient. Généralement cette restitution est soudaine, mais parfois elle a lieu lentement, graduellement, parfois aussi, avec une période intermittente de bégaiement. A cet égard les troubles de la parole hystériques ressemblent aux troubles moteurs posthémiplégiques. Ceux-ci tiennent à une interruption entre la zone motrice et les organes terminaux périphériques. Même chose se passe pour le bégaiement hystérique; si l'interruption est totale, il y a perte totale de la parole (aphasie); est-elle incomplète, il y a une espèce d'athétose qui est le bégaiement. La seule différence c'est que dans ce dernier cas (de l'hystérie) l'interruption est fonctionnelle et non organique. Un épuisement incomplet des éléments corticaux donne une parole choréiforme (observation III), le même phénomène a lieu quand la restitution du courant nerveux a lieu. C'est une sorte de trouble comparable aux troubles moteurs posthémiplégiques c'est-à-dire une alternance entre la période de paralysie complète et les troubles moteurs variés, alternance produite par exemple par un substratum anatomique oscillant, tels les hémorrhagies capillaires, l'excès de pression due aux tumeurs cérébrales. P. K.

LXVI. L'ALGÉSIOMÈTRE DE MOTSCHUTKOWSKY ET L'ALGÉSIMÈTRE DE HESS; par HESS. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Etude critique des deux instruments, de leur graduation, de leur utilisation : c'est affaire d'application. P. K.

LXVII. CONTRIBUTION A LA QUESTION DES ÉQUIVALENTS DE LA MIGRAINE; par A. BARY. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

C'est l'observation d'une dame de cinquante et un ans atteinte de migraine héréditaire dès sa plus tendre jeunesse; il arrive que la migraine disparait pour une période de deux à trois mois pendant laquelle arrivent des accès de gastralgie ou plutôt ces accès de gastralgie, coexistant jadis avec la migraine, se montrent d'une violence exceptionnelle quand la migraine disparaît. Comme il ne saurait être question d'affection organique de l'estomac, de neurasthénie, d'hystérie, la gastralgie remplace la migraine. P. K.

LXVIII. UN CAS D'INTOXICATION SATURNINE A SYMPTÔMES EXTRÊMEMENT RARES; par JANOWSKI. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Ouvrier de vingt-sept ans, travaillant à la soudure de conduites

d'eau et maniant du minium. Il y a trois ans, paralysie de l'extrémité supérieure gauche qui disparaît quatre mois plus tard. Le second accès d'intoxication se traduit par une excessive irrégularité du pouls; celui-ci devient très petit, il y a embryocardie, paralysie partielle du facial droit ou plutôt des deux rameaux inférieurs de ce dernier, myosis avec diminution de la réaction à la lumière de la pupille droite. P. KERAVAL.

LXIX. SUR UNE FORME TRÈS RARE DE SCOLIOSE ALTERNANTE DANS LA SCIATIQUE; par H. HIGIER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Il y a trois espèces de scolioses dans la sciatique. La scoliose croisée (Gussenbauer et Albert, Ballet et Babinski), la scoliose homologue de Brissaud, enfin, la plus rare, la scoliose alternante, caractérisée par un changement de la direction de l'incurvation dans le cours même de la sciatique.

De la scoliose alternante il y a trois types: le type Remak, le type Phulpin, le type Higier. Les types Phulpin et Higier ont les caractères communs suivants: il s'agit d'une sciatique assez opiniâtre, siégeant à la fois sur les rameaux sacrés et sur les rameaux lombaires, constituée plutôt par une névrite que par une névralgie ordinaire; la scoliose, d'abord croisée, sous l'influence d'un paroxysme douloureux, prend une incurvation à direction opposée plus ou moins persistante; mais, si on vient à comprimer plusieurs points douloureux dans la région du plexus lombaire, on exagère nettement cette scoliose homologue en train de disparaître à son tour. Quoi qu'il en soit, la transformation est involontaire et dépend de l'intensité des douleurs; elle est graduelle et subsiste une fois effectuée dans le type Phulpin, elle est subite et passagère dans le type Higier. P. KERAVAL.

LXX. CONTRIBUTION A LA CASUISTIQUE DES MALADIES CÉRÉBRALES AIGUÈS DE L'ENFANCE; par W. MURATOW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

OBSERVATION I. — Abcès cérébral à la base, ayant, chez une fillette de dix ans, comprimé l'oculomoteur commun gauche et le nerf optique, et détruit les lobes frontaux. Œdème de la capsule interne et de sa branche antérieure. L'abcès communique avec les ventricules latéraux. Ependymite aiguë gagnant le noyau caudé. Myocardite parenchymateuse. Œdème pulmonaire. — Il en est résulté cliniquement, d'abord des phénomènes cérébraux diffus correspondant à l'abcès des lobes frontaux, puis des symptômes en rapport avec la méningite purulente de la base, finalement des attaques épileptoïdes (épendymite). — OBSERVATION II. Jeune garçon de sept ans. Coxalgie tuberculeuse, à marche traînante, avec fistule incurable. Puis hyperthermie, ostéite multiple, otite

tuberculeuse. Convulsions cloniques de la face et des extrémités, hémiplégie droite. L'*autopsie* révèle l'existence d'un tubercule solitaire sous l'extrémité inférieure des ascendantes, au-dessus de la scissure de Sylvius; zone d'encéphalite réactionnelle. L'épilepsie jacksonienne a permis de localiser exactement le corps du délit, les convulsions commençant par le facial, mais il était impossible de savoir s'il s'agissait d'un abcès ou d'un tubercule, à raison de l'otite moyenne et de la tuberculose osseuse généralisée. — OBSERVATION III. Exemple de la prédominance des symptômes généraux dans une affection en foyer très localisée; chez un garçon de huit ans. Trabécule solitaire du chiasma, avec un état de confusion mentale aiguë fébrile, sans hémianopsie temporale. P. KERAVAL.

LXXI. SUR LES PARESTHÉSIES LOCALISÉES DANS LE DOMAINE DU NERF FÉMORO-CUTANÉ EXTERNE; par le professeur BERNHARDT. (*Revue neurologique*, novembre 1895.)

A propos du travail d'Escat, paru dans le n° 20 de la *Revue nourologique* (1895) et intitulé : « Un cas de méralgie paresthésique de Roth (paresthésie du fémoro-cutané externe) », l'auteur rappelle qu'il a publié dans le numéro du 15 mars 1895 du *Neurologisches Centralblatt*, un mémoire ainsi libellé : « sur les paresthésies qui surviennent isolément dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe. » Or, la communication de Roth n'a été présentée à la Société physico-médicale de Moscou que le 1er avril 1895, par conséquent après l'apparition du travail de l'auteur.

Bien que l'affection soit locale, non progressive et sans inconvénient sérieux pour la vie, il y a lieu, cependant, d'examiner avec le plus grand soin le malade se plaignant de paresthésie dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe, de rechercher les symptômes d'autres maladies (tabes, diabète) et de faire des réserves pour le pronostic. E. B.

LXXII. UN CAS DE MÉRALGIE PARESTHÉSIQUE DE ROTH (*paresthésie du fémoro-cutané externe*) ; par le Dr ESCAT. (*Revue neurologique*, octobre 1895.)

L'observation a été prise par l'auteur sur lui-même, fait d'autant plus intéressant que les symptômes de l'affection sont uniquement subjectifs.

Il est, du reste, à noter que plusieurs des observations de méralgie paresthésique sont dues à des médecins ayant rapporté leur propre observation.

Il y a treize ans que l'auteur a éprouvé les premières atteintes de l'affection ; peu après le début de la marche et surtout pendant la station debout, il éprouvait dans le tiers inférieur de la face

externe de la cuisse droite, sur une surface grande comme la paume de la main, une sorte d'engourdissement en surface qui gagnait la peau de la région ; bientôt survenait une sensation de brûlure, puis la plaque s'étendait excentriquement. Au bout de quelques minutes, les symptômes allaient en s'atténuant en surface et en intensité, le rayon de la plaque se réduisait progressivement puis tout disparaissait.

En dehors des crises, dans le centre de la surface où se manifestaient les troubles sensitifs, étaient ressentis parfois de véritables coups d'aiguille superficiels, extrêmement vifs et rapides.

A l'état ordinaire la sensibilité à la douleur est exagérée sur toute la plaque, mais la sensibilité tactile est émoussée : quand on frôle la plaque avec le doigt, il semble au malade que la sensation tactile se fait à travers une lame de carton.

Depuis treize ans l'affection a présenté des variations d'intensité et de fréquence, mais les symptômes ne se sont guère modifiés. A une certaine période les crises se répétaient au nombre de cinq ou six dans une journée en même temps que la plaque brûlante s'étendait à la face externe de la cuisse et que la douleur forçait le malade à s'arrêter. La station assise était suivie d'un soulagement presque immédiat.

Du reste, le malade n'a jamais présenté de crises étant assis ou couché ; pas plus, du reste, que pendant la marche accélérée et pendant la course. E. B.

LXXIII. Un cas de méningite tuberculeuse spinale ; par Rothganger (de Marc Island). (*Occidental medical Times*, avril 1895.)

C'est l'observation d'un matelot opéré pour ganglion tuberculeux du cou par un curettage avec la curette de Volkmann.

Un mois après l'opération, lourdeur dans l'épaule et douleurs irradiées faisant croire à une lésion persistante du plexus cervical ; deuxième opération exploratrice sans résultat, mort après six mois. A l'autopsie, tuberculose méningée de la moelle sur la face latérale. A. M.

LXXIV. Mélancolie aiguë consécutive a un traumatisme du crane ; par Hoisholt (de Stockton). (*Occidental medical Times*, mars 1895.)

C'est l'observation d'un ouvrier blessé par la chute d'une poutre avec enfoncement de la boîte cranienne au niveau de la région frontale supérieure gauche. L'accès délirant survint quelques mois après et motiva l'internement. Il paraît être greffé sur une incapacité initiale de travailler et partant de vivre (crainte de mort, tout le monde va le tuer, bien qu'il n'ait fait de mal à personne, tout le consterne, etc.). Le trépan découvre un épaississement ostéo-

fibreux de la paroi cranienne et des méninges. La paroi osseuse altérée fut seule enlevée à l'aide de douze couronnes de trépan. Mort. A. M.

LXXV. Deux cas d'abcès cérébraux ; par MM. Barkau et Hirschfelder (de San Francisco). (*Occidental medical Times*, juin 1895.)

Ces deux cas furent suivis de mort malgré le trépan pratiqué, dans l'un pour une otite suppurée avec propagation au sinus mastoïde, dans l'autre pour un abcès sous-méningé avec pachyméningite interne au niveau de la protubérance occipitale (deux couronnes de trépan avec excision au ciseau du pont intermédiaire). A l'autopsie, on trouva des abcès profonds par propagation. Durant la vie du second malade les symptômes marquants furent les vertiges avec vomissements des troubles visuels et vaso-sécrétoires, puis le coma final. A. M.

LXXVI. Quatre cas d'acromégalie ; par Ransom, Lym-Thomas et Benson. (*British medic. jour.*, 1er, 8 juin et 19 octobre 1895.)

Les deux premiers cas offraient, comme caractéristique, l'arrêt précoce de la menstruation, les symptômes nets d'hypertrophie du corps pituitaire et l'absence d'effets thérapeutiques des tablettes d'extrait pituitaire. Le troisième présentait d'une façon particulièrement nette le signe de Wernicke; l'œil droit était amblyope et l'œil gauche atteint d'hémianopsie temporale. L'œil amblyope comme la moitié gauche de la rétine gauche ne donnaient à l'éclairage aucune réaction pupillaire ; la partie droite de la rétine gauche, éclairée par un faisceau lumineux réfléchi, provoquait une contraction symétrique des pupilles. La lésion siégeait donc en avant des tubercules quadrijumeaux sur le corps pituitaire probablement (anosmie concomitante).

Dans la quatrième observation présentée à la British medical Association, par M. Benson, le malade, un homme de trente-huit ans, fumeur, eut une hémianopsie bitemporale qui céda à l'emploi des tablettes d'extrait thyroïdien et à l'abstention du tabac.

A. M.

LXXVII. Sur l'étiologie du goitre ; par Morris. (*British medical journal*, 6 juillet 1895.)

L'auteur relate que sur une clientèle de 2,000 habitants à Hambleden, il a relevé 55 cas de goitre. Rapprochant ces faits d'un goitre développé chez une domestique à son arrivée, disparu après son retour à Londres et du développement du thyroïde chez trois jeunes enfants d'une même famille nouvelle venue, il estime que

l'étiologie ne saurait être autre dans le cas particulier, que l'absorption d'une eau chargée en carbonate de chaux et de magnésie. A. M.

LXXVIII. Affection bulbaire aiguë ; par A. Walaenberg. (*Archiv fur psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. II.)

Observation d'un malade qui, deux mois après le début de l'affection, présentait les symptômes subjectifs et objectifs suivants : vertige, engourdissement de la moitié gauche de la face et de la moitié droite du corps (la face excepté), difficulté peu marquée de la déglutition, douleurs dans la région de la nuque et parfois dans l'œil gauche, tendance à tomber à gauche pendant la marche, ataxie dans les mouvements des membres du côté gauche, parésie de la moitié gauche du voile du palais, paralysie et plus tard parésie de la corde vocale gauche, volume plus grand de la moitié gauche de la langue, troubles de sensibilité dans le domaine de la première et de la deuxième branche du trijumeau gauche.

Les troubles du sens thermique et la sensibilité à la douleur étaient très marqués ; la sensibilité électrique, le sens de la localisation et de la pression l'étaient moins.

Absence des réflexes cornéen et conjonctival gauches, troubles de la sensibilité à la douleur et du sens thermique dans la moitié droite du tronc et des membres, intéressant les différentes régions à des degrés divers, et légère altération des autres modes de sensibilité; signes d'ataxie dans le membre inférieur gauche, absence des réflexes abdominaux, souffle systolique à l'auscultation de la région de l'apophyse mastoïde droite.

Après une longue discussion très documentée de son cas et d'autres analogues, et après avoir étudié en détail, d'après Duret, la circulation du bulbe, l'auteur se croit autorisé à conclure qu'il s'agissait chez son malade d'une embolie de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure gauche.

LXXIX. Contribution a l'étude de l'ophtalmoplégie aiguë ; par A. Schule. (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. I, 1895.)

Deux cas d'ophtalmoplégie :

1° Une paralysie plus ou moins complète des muscles des yeux (l'élévateur de la paupière supérieure à gauche, excepté) survient brusquement, chez un alcoolique. Vertige, délire. La paralysie persiste à droite ; à gauche, parésie. Mort au bout de trente-cinq jours. A l'autopsie, on trouve : des lésions vasculaires, plusieurs foyers de ramollissement dans l'écorce ; foyer étendu dans la région de l'oculomoteur droit qui a détruit les cellules et les fibres du noyau de

ce nerf et qui intéresse le pédoncule cérébral droit (ce qui explique la parésie gauche).

2° Malade âgé de vingt-sept ans. Terrain syphilitique. Symptômes de tabes au début. Paralysie complète des muscles de l'œil des deux côtés; l'élévateur palpébral gauche n'est que parésié. Guérison presque complète au bout de trois mois. Pas d'autopsie. L'auteur après avoir discuté ce cas croit que cette paralysie peut être expliquée par un exsudat méningétique de la base; une lésion nucléaire lui paraît inadmissible. LWOFF.

LXXX. UN CAS DE PARAMYOCLONUS MULTIPLEX; par BREYMAN. (*Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. I.)

Soixante cas de paramyoclonus multiplex ont été publiés jusqu'ici dans la littérature médicale. L'auteur en rapporte un cas nouveau qui a présenté tous les symptômes caractéristiques de cette maladie.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

XXXIII. DE QUELQUES PHÉNOMÈNES RÉFLEXES PEU CONNUS DANS LES MALADIES NERVEUSES, ET DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DU PHÉNOMÈNE DU PIED, AINSI QUE DES MODIFICATIONS DES RÉFLEXES TENDINEUX ET CUTANÉS; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centrabl.*, XIV, 1895.)

A. — L'auteur signale la *tension brusque du tendon du biceps* que l'on voit se produire dans le membre paralysé des vieux hémiplégiques, lorsque fléchissant l'avant-bras dans l'articulation du coude, on le laisse retomber passivement; cette tension arrête momentanément la chute de l'avant-bras. On observe le même phénomène quand on saisit le bras entier dans ses deux mains et qu'on exerce l'extension brusque de l'avant-bras fléchi. Rien de semblable ne se produit quand l'extension n'a lieu que lentement. C'est, dit M. de Bechterew, un phénomène *réflexe* par élongation du tendon du biceps qui, transmise à la moelle, fait contracter le muscle élongé.

B. — Dans la *névrite multiloculaire le réflexe du genou est très ralenti.* La percussion produit d'abord un ralentissement, puis une disparition du réflexe. Après quelque temps de répit, une nouvelle expérience produit les mêmes résultats. Intégrité en pareil cas des

réflexes cutanés et de la sensibilité (observation). Cet *épuisement du réflexe tendineux patellaire* s'observerait aussi dans la tétanie.

C. — Chez les paraplégiques complets (sensibilité et motricité) par affection de la moelle, une légère et égale *percussion* de la face *antérieure du tibia* répétée périodiquement à intervalles déterminés, toutes les six à sept minutes, par exemple, détermine la *contraction réflexe* des muscles de la jambe pouvant aller à la flexion de l'articulation du genou. La percussion périarticulaire des tendons ou des muscles de la jambe peut produire le même résultat, la jambe étant étendue. C'est, pour l'auteur, de la *sommation des excitations sensibles*. Ceci s'observe encore, parfois, dans le membre paralysé des hémiplégiques, ainsi que dans les cas où il y a exagération des réflexes tendineux.

D. — Le *phénomène podalique* est-il dû à la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux? Pas plus que le phénomène du genou, il n'est un signe certain de lésions organiques du système nerveux central (Bechterew). L'asymétrie des réflexes tendineux, malgré sa grande valeur diagnostique, ne peut non plus servir de preuve absolument certaine d'une affection organique du système nerveux. Il faut aussi se préoccuper de l'asymétrie des réflexes cutanés que l'on rencontre dans l'hémianesthésie hystérique, dans l'hyperesthésie fonctionnelle. Il faut donc faire la part de tous les éléments d'appréciation symptomatique.

Si, par exemple, les réflexes tendineux sont exagérés et qu'il y ait en même temps diminution des réflexes cutanés dans la moitié du corps paralysée, on a affaire à une affection organique. D'autre part, l'asymétrie des réflexes cutanés n'élimine pas absolument la possibilité d'une névrose (névrose traumatique). En revanche, l'asymétrie des réflexes cutanés dans l'hémianesthésie et l'hyperesthésie sensorielle permet de déjouer la simulation (hystérie, névrose traumatique), surtout si l'on examine avec soin les signes objectifs tels que la réaction pupillaire, les vaso-moteurs de la peau de la face et de la tête, l'état de la respiration, du cœur, du pouls, etc. P. KERAVAL.

XXXIV. NOUVELLES COMMUNICATIONS SUR LES CENTRES SENSORIELS ET LES CENTRES D'ASSOCIATION DE L'ENCÉPHALE HUMAIN; par P. FLECHSIG. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Sont, d'après l'auteur, des *centres sensoriels*, les parties du cerveau qui sont pourvues d'une couronne rayonnante, c'est-à-dire qui reçoivent des fibres établissant une communication entre l'écorce et les centres sous-corticaux. En réalité, ce sont des centres recevant et groupant les origines de toutes les parties du système de projection, considérées, quel qu'en soit le fonctionnement,

comme des conducteurs principaux, tenus eux-mêmes pour les prolongements directs des cylindraxes. Ces conducteurs principaux du système de projection ont une direction radiaire par rapport à la surface de l'écorce. Chez un embryon humain, âgé de quelques semaines, cette disposition est des plus nettes. Vers la fin du premier mois, à ces conducteurs principaux, *ou fibres fondamentales*, s'adjoignent des trousseaux myéliniques formant, avec les premières, un angle droit, ou *fibres collatérales*.

Il est probable que les fibres fondamentales de la couronne rayonnante sont des expansions terminales à fonction centripète (*zone centrale du centre sensoriel*) et que les fibres collatérales qui partent de ces dernières constituent la *zone terminale ou périphérique, centrifuge* de ce même centre. Chaque centre sensoriel aurait donc deux territoires corticaux : un territoire cortical central pour les fibres fondamentales de la couronne rayonnante — et un territoire cortical périphérique recevant les fibres collatérales. Les fibres fondamentales paraissent n'envoyer de fibres collatérales que dans le voisinage de leur zone respective, autrement dit, le territoire collatéral de chaque conducteur sensoriel est lui aussi circonscrit ; toutes les arborescences collatérales de chaque groupe de fibres fondamentales ou centre sensoriel semblent en effet pourvues de leur myéline vers le troisième mois de la vie : à ce moment il semble que le système de projection avec ses collatérales (conducteurs sensoriels et leurs collatérales) soit terminé. Ce qui est certain, c'est que les fibres fondamentales du système de projection n'entrent guère en relation qu'avec un tiers de l'écorce du cerveau. Ce tiers est formé de quatre territoires absolument séparés l'un de l'autre par des centres d'association : 1° le plus grand, de beaucoup, qui se confond en grande partie avec la zone motrice des auteurs, sert assurément au tact. Cette *sphère tactile* est plutôt un congrégat de centres sensoriels à fonction étroitement liée, dont le tact est la plus élevée. Elle s'étend de la scissure de Sylvius au corps calleux et est formée par les ascendantes, le pied des frontales, le lobule paracentral et la partie de la circonvolution du corps calleux qui limite le pied des frontales (à peu près le tiers moyen de la circonvolution du corps calleux). La paroi du sillon de Rolando est le lieu de convergence principal des conducteurs fondamentaux du système de projection ; déjà, sur le versant postérieur de la pariétale ascendante il y a peu de fibres de projection, tandis qu'on trouve des collatérales et des fibres d'association, etc. ; 2° La *sphère visuelle* est le lieu qui reçoit les faisceaux de la couronne rayonnante émanés du corps genouillé externe, de la couche optique, du tubercule quadrijumeau antérieur. C'est : le pourtour de la fissure calcarine, le coin, le lobule lingual, les segments postérieurs des occipitales. La région située en arrière du pli courbe ne paraît en relation avec les irradiations optiques que par des

collatérales. Le pli courbe lui-même appartient au centre d'association pariétal.

3° La *sphère auditive*, formée par la continuation des faisceaux de la couronne rayonnante émanés du corps genouillé interne, du faisceau cortical auditif direct, du ruban de Reil latéral, occupe surtout les circonvolutions transversales du lobe temporal. Elle est donc en grande partie cachée dans la paroi de la scissure de Sylvius et porte, dans la première temporale, sur la surface correspondante des *gyri transversi* (tiers moyen). Le tiers antérieur et le tiers postérieur de celle-ci constituent des sphères collatérales.

4° La *sphère olfactive* se compose des irradiations terminales de la racine de la bandelette olfactive, et occupe la circonvolution en crochet dans le point où elle touche l'insula, etc.

La *couche optique* a des connexions directes, mais exclusivement par les fibres fondamentales ou tronculaires, avec toutes ces sphères ou tous ces centres sensoriels; le centre sensoriel avec lequel elle a le moins de relations, c'est la sphère auditive; elle en a avec celle-ci beaucoup moins qu'avec la sphère olfactive qui est bien plus petite.

Trois centres d'association :

1° *Pariétal :* ce sont les deux circonvolutions pariétales, une partie de la circonvolution du corps calleux placée au-dessous du lobule paracentral ; 2° *temporal ;* toutes les circonvolutions du lobe temporal entre la première temporale et la circonvolution de l'hippocampe, c'est-à-dire les deuxième et troisième temporales et le lobule fusiforme, avec le pôle du lobe temporal. En réalité, le centre temporal et le centre pariétal passent l'un dans l'autre par le pli courbe et la partie postérieure du trigone. Il serait donc juste de dire : *centre temporo-pariétal ;* c'est un lobe du double plus grand que le centre d'association frontal ;

3° Le *centre d'association frontal* comprend tout le lobe frontal moins le pied des frontales (partie des frontales située en arrière d'une droite tirée de la portion antérieure de la scissure de Sylvius et montant à la crête de l'hémisphère), etc.

Le reste est à étudier en détail dans le mémoire, y compris l'étude embryogénique minutieuse du bouquet des fibres de la couronne rayonnante qui, du rameau antérieur de la capsule, viennent dans le lobe frontal, et les faisceaux que le noyau lenticulaire jette dans la calotte du pédoncule cérébral. P. KERAVAL

XXXV. DE L'IMPORTANCE DES DÉTAILS DE STRUCTURE RÉVÉLÉS DANS LES CELLULES NERVEUSES PAR LES COULEURS D'ANILINE BASIQUES ; par C. BENDA. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Technique particulière de Benda. On laisse pendant deux jours,

en renouvelant une fois la liqueur, de petits morceaux de tissus dans l'alcool à 95° ; on les met ensuite dans une solution de formaline à 1 p. 100 pendant un quart d'heure au moins, vingt-quatre heures au plus. On pratique au microtome congélateur des coupes de 20 μ. L'étude des granulations se fait au moyen de l'hématoxyline alunée, ou avec le bleu de méthylène de Loeffler (action de la chaleur ou immersion pendant vingt-quatre heures). On lave à l'alcool, on ajoute sur le porte-objet quelques gouttes de créosote. L'excès de matières colorantes à l'état nuageux est enlevé à l'aide du papier buvard, on ajoute du xylol, on inclut dans le baume ou dans la colophane.

Conclusion : 1° Les détails de structure révélés par les couleurs basiques d'aniline dans le protoplasma du corps de la cellule ne sont ni des granulations d'Ehrlich, ni une substance cellulaire à structure particulière. Ils sont constitués par du protoplasma cellulaire non différencié ou neuroplasme plus ou moins rempli de granulations basophiles; 2° ce neuroplasme se distingue nettement de la substance fibrillaire différenciée de la cellule, substance développée, perfectionnée dans le prolongement cylindraxile, dans le corps cellulaire (plus ou moins), dans les arborescences; 3° les divers dessins de structure du neuroplasme reconnaissables par la coloration basique sont contrôlés par les dégénérescences correspondantes également différenciées de la substance fibrillaire difficile à représenter, et permettent de conclure à la disposition réelle de cette substance dans le corps de la cellule ; 4° le cylindraxe doit être tenu pour le degré le plus haut de différenciation fibrillaire d'un prolongement de cellule nerveuse; 5° les cellules des cornes antérieures de la moelle et toutes les cellules à organisation sériaire ou filiforme du neuroplasme sont parsemées de tractus de substance fibrillaire intercalée entre les dessins structuraux du neuroplasme.

P. K.

XXXVI. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PARESTHÉSIES ISOLÉES DANS LE DOMAINE DU FÉMORO-CUTANÉ EXTERNE ; par P. NOECKE. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Auto-observation de l'auteur : 1° à la suite d'une foulure du pied droit, en descendant un escalier, il éprouve une violente douleur dans la profondeur du bassin pendant deux à trois heures. Quatre à cinq jours plus tard, dans certaines situations, il ressent un élancement dans la cuisse du même côté ; après une longue marche, une station debout prolongée, les muscles paraissent raccourcis, les aponévroses anormalement tendues ; 2° le soir, interviennent les paresthésies (de Bernhardt) dans la zone du fémoro-cutané. C'est tout. Quelques frictions alcooliques et le massage en viennent à bout en trois mois.

P. K.

XXXVII. RECHERCHES SUR LES DÉGÉNÉRESCENCES CONSÉCUTIVES AUX SECTIONS TRANSVERSES DOUBLES DE LA MOELLE; par J. FAJERSTAJN. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Etude spéciale des fibres issues de la substance grise même de la moelle, auxquelles il serait peut-être opportun de réserver le nom de fibres myélogènes. Examen des dégénérescences secondaires (méthode de coloration de Marchi) consécutives aux sections spinales opérées sur des chiens jeunes et adultes.

Conclusions : 1° La plupart des fibres myélogènes se rassemblent dans le cordon antérieur et dans le cordon latéral de la moelle dorsale, en une couche ininterrompue qui entoure la substance grise (zone interne), plus large dans la partie antérieure et latérale, allant en se rétrécissant en arrière; 2° il est plus que probable qu'il faut chercher l'origine du faisceau latéro-cérébelleux dans les cellules de Clarke-Stilling; 3° la zone périphérique contient dans toute son étendue, avec des fibres de ce faisceau, un très grand nombre de tuyaux nerveux myélogènes d'un calibre assez notable ou moyen; 4° la plupart des fibres myélogènes longues sont atteintes de dégénérescence dans le segment de la moelle, isolé par la section double; ces longues fibres (faisceau de Gowers, faisceau intermédiaire du cordon latéral de Lœwenthal, faisceau sulcomarginal ascendant de Marie) s'épanouissent dans la zone périphérique, tandis que les fibres myélogènes courtes occupent de préférence la zone interne; 5° le champ antérieur des cordons postérieurs se compose, dans la moelle lombaire, pour la plus grande partie, de fibres myélogènes dont les cellules originelles occupent la substance grise lombaire; 6° la commissure antérieure se compose surtout de fibres myélogènes; les déchets finement grenus, épars en cette région, doivent tout naturellement être considérés comme produits par les fibres commissurales myélogènes dont les cellules originelles occupent les régions en dehors des surfaces sectionnées, et aussi par les fibres croisées extra-spinales. Il est certain qu'il faut éliminer la participation des racines postérieures à l'édification de la commissure antérieure, car dans le voisinage immédiat de la lésion inférieure où toutes les fibres ascendantes doivent être dégénérées, la commissure antérieure se compose presque absolument de fibres saines; 7° outre des collatérales sensitives, il y a probablement aussi dans la commissure postérieure des fibres myélogènes. En faveur de cette opinion milite le nombre considérable de fibres commissurales saines, même dans le voisinage de la lésion inférieure; 8° toutes les fibres des conducteurs extra-spinaux sont intimement confondues avec des fibres d'origine myélogène; il n'y a donc, *quand le développement de la moelle est terminé, pas de systèmes purs, c'est-à-dire contenant exclusivement une seule espèce de fibres.* P. K.

XXXVIII. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES DÉGÉNÉRESCENCES ENCÉPHALIQUES DANS LES AFFECTIONS EN FOYER DE LA ZONE MOTRICE DE L'ÉCORCE; WL. MURATOW. (*Neurol. Centralbl*, t. XIV, 1895.)

Deux observations avec analyses anatomocliniques, propres à servir de complément aux expériences antérieurement publiées (*Archiv. f. Anat. und Physiologie*, 1893; *Neurolog. Centralbl.*, t. XIII, 1894[1]), qui tendent à établir qu'une lésion unilatérale d'un hémisphère peut déterminer une dégénérescence descendante bilatérale. De la pyramide du bulbe partent des fibres qui se rendent à trois systèmes de la moelle. La grosse masse gagne l'entre-croisement; elle fournit : *a*) au cordon latéral du côté opposé ; *b*) pour une petite partie au cordon latéral du même côté ; *c*) quelques fibres, restant du même côté, descendent dans la moelle pour constituer le faisceau pyramidal direct de Türck. Il est aujourd'hui anatomiquement démontré (méthode de Weigert et carmin) qu'une seule et même pyramide envoie des fibres dans les deux cordons latéraux (Pitres). L'expérimentation montre le même fait chez le chien. P. K.

XXXIX. DES SYSTÈMES DE FIBRES QUI OCCUPENT LES SEGMENTS MOYEN ET POSTÉRO-INFÉRIEUR DU CORPS CALLEUX ; par O. VOGT. (*Neurolog. Centralbl.*, t. XIV, 1895.)

Après avoir indiqué que sous le nom de fibres du corps calleux, il entend parler exclusivement des fibres commissurales, c'est-à-dire de celles qui joignent deux points homologues du cerveau, l'auteur procède à des études d'anatomie comparée qui nous paraissent tendre aux résultats généraux suivants.

Voici d'abord le *tapetum* ou couche de fibres occupant la paroi latérale des cornes inférieure et postérieure, entre l'épendyme et les fibres de projection. Il contiendrait autant de fibres du faisceau subcalleux que de fibres du corps calleux lui-même, et se composerait d'une couche interne de fibres fines d'un jaune clair, et d'une couche externe, bien plus large, surtout en arrière, de grosses fibres sombres. Les fibres minces appartiennent au système du faisceau subcalleux; les fibres épaisses sont commissurales. Plusieurs des premières gagnent la couche externe, mais elles sont complètement recouvertes, chez l'adulte, par des fibres commissurales : ainsi s'explique l'apparente intégrité du *tapetum* dans les cas d'absence du corps calleux. Les deux couches passent dans le lobe occipital (Sachs); à la partie moyenne de celui-ci, la couche interne a une direction antéro-postérieure, la couche externe une direction verticale. Cela vient de ce que les fibres du corps calleux se rassemblent en la région dorsale de cet organe; puis, de là, gagnent

[1] Voy. *Archives de Neurologie*, Revues analytiques.

transversalement la couche externe du tapetum. Aussi la différence d'orientation entre les deux couches est-elle bien moins frappante dans le lobe temporal; ici, en effet, les deux systèmes de fibres suivent l'arc d'inflexion du noyau caudé. La couche interne s'étend dans la corne postérieure, depuis son toit jusqu'à l'extrémité antérieure de sa paroi médiane, ses fibres parvenant aux extrémités convexes et basales du lobe occipital; dans le lobe temporal, elles arrivent, du reste comme les fibres de la couche externe, aux parties homologues du segment inférieur. La région placée directement au-dessous de l'arc de cercle du noyau caudé est le point de concours de toutes les fibres du faisceau subcalleux qui proviennent des lobes temporal et occipital; de là elles se dirigent en commun en arrière du noyau caudé. Le plus fort trousseau commun se trouve au-dessus de la région latéro-dorsale du ventricule latéral, point où les fibres dorsales s'entrelacent avec celles du corps calleux. Sur les côtés, la couche des fibres s'étale en s'amincissant jusqu'au noyau caudé; il en est de même, au milieu, jusqu'au voisinage des fibres longitudinales de la saillie de la corne d'Ammon dans la ventricule (Alveus). On constate aussi, le long de la face dorsale et médiane du noyau caudé, l'existence d'une mince bordure de fibres qui fournissent continuellement dans le noyau même des éléments, plus épais et plus sombres que ceux du faisceau subcalleux, constituant un système d'association unissant entre elles les diverses régions du noyau caudé. Le faisceau subcalleux entoure la tête du noyau caudé à la base duquel il se termine graduellement; une couche interne correspondante visite la paroi médiane de la corne cérébrale antérieure jusqu'à l'écorce, ainsi que l'insula par l'intermédiaire de la capsule externe.

Puis vient le *splenium* ou bourrelet. Si l'on fait passer une coupe transverse et perpendiculaire au-dessous du point d'union de la fissure calcarine et de la fissure pariéto-occipitale, on voit que, suivant ce plan, la paroi médiane du lobe occipital présente, du côté du ventricule, une couche ininterrompue de fibres du corps calleux; en arrière ou en haut, les parties médianes du fragment moyen de Beevor (splenium), au milieu, un ourlet étroit revêtant la fissure calcarine (voile interne sagittal de Sachs) — en avant ou en bas, le forceps postérieur (ou minor de Sachs). (Suivent des discussions de rapports et d'entre-croisements de ces régions.)

L'auteur admet que le splenium fournit des fibres au trigone; mais celui-ci reçoit aussi des fibres latérales du corps calleux proprement dit et des fibres médianes qui quittent le corps calleux à angle droit. Les fibres latérales sont des fibres de la circonvolution du corps calleux; les fibres perpendiculaires viennent du trousseau antérieur fortement développé dans le tractus de Lancisi. Plus précisément, chez l'homme, les fibres antérieures du trigone (*fornix longus*) vont par le pédicule de la cloison transparente à la subs-

tance blanche du *gyrus subcallosus*; là s'y joint un faisceau qui, en haut, se confond avec le segment antérieur du genou du corps calleux, ou bien est un prolongement de la raie médiane de Lancisi. La substance blanche du gyrus subcallosus envoie alors une racine olfactive médiane au *tuber tracti olfactorii*. Les autres fibres se dirigent antéro-latéralement pour former en cet endroit l'ancienne quatrième couche de Meynert dans la substance innominée. Et l'on en peut suivre des fibres de conjonction à la pointe du lobe temporal, au noyau amygdalien, au pédoncule antérieur de la glande pinéale.

Partie constituante de l'extrémité inférieure ou caudale du corps calleux de l'homme. — A l'arc d'inflexion formé par la branche latérale de la corne d'Ammon qui, dans sa partie médiane, contient les fibres antéro-inférieures du segment médian de Beevor, ne prennent point part les fibres tangentielles médianes. Ce trajet n'est suivi que par les fibres plus latérales. Celles-ci suivent le dos du corps calleux et se prolongent en ce point dans les rajes de Lancisi. Plus loin, les fibres médianes se trouvent en dedans du corps godronné auquel elles se rendent. Certaines parties de la lyre sont très étroitement unies au corps calleux, à l'état de fibres commissurales. Mais les fibres de la lyre et celles du corps calleux sont partout histologiquement distinctes. La formation de la lyre précède celle du corps calleux : cela change les manières de voir de Meynert, Sachs, Edinger sur les relations entre chacun des segments de l'extrémité inférieure du corps calleux et l'écorce cérébrale.

P. KÉRAVAL.

XL. LES TRACTUS NERVEUX SENSITIFS ET SENSORIELS ET LES CENTRES ; par G. JELGERSMA. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Y a-t-il, comme le prétend Ramon y Cajal, des fibres des racines postérieures qui ne se terminant point, à la manière habituelle, par des collatérales à arborescences terminales au sein de la substance grise (cellules nerveuses), passent directement des racines postérieures dans les cornes antérieures de la moelle où, en rayonnant, elles gagnent les grosses cellules motrices? En d'autres termes y a-t-il des fibres radiculaires postérieures centrifuges? L'auteur s'est proposé de contrôler ce point par l'étude des dégénérescences consécutives à l'ablation des yeux chez les jeunes pigeons à l'aide de la méthode de Nissl. Distinguant entre les dégénérescences fonctionnelles dans lesquelles il y a conservation individuelle de la cellule simplement modifiée dans son volume et sa structure, et les dégénérescences organiques caractérisées par une disparition complète de la cellule absorbée par un tissu étranger, il montre que la dégénérescence organique exige l'atteinte de toute la coupe transverse du neurone qui, seule, empêche qu'il

puisse s'exercer de fonction minima. Ceci dit, l'étude de l'atrophie du lobe optique des oiseaux prouve, d'après M. Jelgersma, que les nerfs sensitifs et les nerfs sensoriels renferment des fibres de deux espèces; les unes émanent des cellules des centres, les autres vont aux cellules des centres. Tantôt ces fibres se mélangent confusément, tantôt elles forment des trousseaux à fonctions centrifuges et centripètes séparées.

Quel rôle maintenant jouent les prolongements cylindraxiles des cellules motrices à l'égard de la fonction sensitive et de la fonction sensorielle? Il appert que les phénomènes moteurs sont, en ce qui concerne l'œil, liés à la sensation même. Ne connaît-on pas les noyaux spéciaux qui commandent à l'accommodation et aux mouvements du globe? Reste la question de déplacements, de circulation de pigments en rapport avec l'action de la lumière (Van Genderen, Stort et Engelmann); la fonction précise des fibres nerveuses et de leurs centres qui y présideraient se conçoit avant de s'expliquer positivement. D'autre part les racines postérieures contiennent des éléments centrifuges (Cajal, Van Gehuchten), parce qu'à leurs fonctions sensitives concourent quelques phénomènes nerveux centrifuges, et que, d'une manière générale, il y a réunion anatomique de groupes fonctionnels simultanés. Excitez en effet l'écorce occipitale, vous pourrez produire des mouvements des globes oculaires; excitez le centre cérébral de l'ouïe, vous engendrerez des mouvements du pavillon de l'oreille. De même les noyaux moteurs de la moelle sont disposés non suivant les nerfs périphériques, mais suivant l'ensemble des muscles qui agissent. Il en est ainsi pour les racines postérieures de la moelle et les nerfs sensoriels.

L'embryogénie et la technique microscopique de ces dernières années nous apprennent que les cellules nerveuses de la rétine et du ganglion spinal cochléaire sont des constructions homologues à celles des ganglions spinaux; ces cellules envoient tous les cylindraxes aux centres. Les fibres des nerfs optiques et acoustiques correspondent donc aux racines postérieures de la moelle ainsi qu'aux prolongements de celles-ci dans les cordons postérieurs de la moelle jusqu'au noyau grêle. Les noyaux nerveux du nerf optique sont comparables au noyau grêle, ou encore aux cellules de la moelle autour desquelles se trouvent les fibres radiculaires postérieures, cellules principalement placées à la périphérie antérieure de la corne postérieure. L'atrophie de la rétine et du nerf optique des tabétiques n'est donc pas périphérique, le tabes dorsal étant une maladie qui débute par les ganglions spinaux et leurs prolongements cylindraxiles dans la moelle; la rétine et le nerf optique sont donc bien les homologues de ceux-ci. La structure des cellules des ganglions spinaux, unipolaire, n'est qu'une apparence, comme en témoignent les travaux de Cajal, Lenhossek, van Gehuchten;

ce qui est spécial en l'espèce, c'est que la cellule est entourée d'une sorte de capsule revêtue de cellules endothéliales.

En résumé, il y a analogie entre les nerfs sensitifs et les nerfs sensoriels. Tout le système nerveux sensitif périphérique est l'homologue des prolongements protoplasmiques de cellules rétiniennes et du ganglion spinal cochléaire. Les ganglions spinaux correspondent au ganglion rétinien et au ganglion spinal cochléaire. Les racines postérieures et leurs prolongements dans les cordons postérieurs de la moelle sont l'homologue des nerfs optique et acoustique. Le noyau grêle et les cellules nerveuses de la base de la corne postérieure, suivant toute la hauteur de la moelle, correspondent aux centres optiques et auditifs primaires. La cellule nerveuse de la corne antérieure, de laquelle partent les cylindraxes qui vont aux racines postérieures de la moelle, se retrouve dans le lobe optique des oiseaux, dans le ganglion dorsal optique (ganglion dorsal du nerf optique), et il est permis de supposer la même disposition pour le nerf auditif. Ce qui n'est pas établi, c'est l'existence d'un centre du nerf optique qui (de même que les fibres nerveuses des racines postérieures se terminent en partie dans les cellules des colonnes de Clarke, lesquelles envoient leurs cylindraxes au cervelet), projette ses cylindraxes au cervelet. Cette connexion est cependant supposable. Les centres de l'acoustique ont des connexions cérébelleuses. P. KERAVAL.

XLI. DE L'INFLUENCE EXERCÉE SUR L'ORGANISME HUMAIN PAR LES SECOUSSES DUES AUX VIBRATIONS DU DIAPASON; par W. BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Le prince d'Oldembourg a inventé une table vibratoire actionnée par des diapasons mus par l'électricité. On obtient des effets généraux et des effets gradués d'après les régions plus particulièrement soumises à l'action vibratoire en question, et suivant des modalités vibratoires réglées par des accumulateurs électriques. Les effets généraux sont principalement obtenus dans la station couchée. Voici d'ailleurs les premiers résultats de M. Tschigajew.

1° D'ordinaire les pupilles se dilatent. — 2° Pouls plus rare ou plus fréquent (selon les personnes), souvent le ralentissement est suivi d'accélération, et, inversement, l'accélération d'un ralentissement. — 3° La pression du sang augmente. — 4° La respiration, quelquefois d'abord ralentie puis plus rapide, peut être d'emblée plus fréquente; il y a finalement du ralentissement expiratoire par rapport à l'inspiration. — 5° Presque toujours, hypothermie axillaire, auriculaire et cutanée, tandis qu'il existe un peu d'hyperthermie rectale. — 6° Diminution de la radiation du calorique par la peau. — 7° Légère diminution de la sensibilité tactile et douloureuse; quand il y a, avant l'expérience, asymétrie de la sensibilité

des deux moitiés du corps, on obtient un transfert mais incomplet. — 8° La force des muscles des mains demeure, la plupart du temps, intacte. — 9° Vers la fin de la séance ou peu après, la somnolence s'établit chez beaucoup d'individus. — Le mémoire est accompagné de tracés du pouls et de la respiration. P. KERAVAL.

XLII. DES DÉPLACEMENTS DU CHAMP VISUEL DANS LE SCOTOME SCINTILLANT; par E. BERGER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'auteur a étudié sur lui-même des accès de migraine ophtalmique commençant dans la moitié inférieure gauche du champ visuel par des lacunes, des nuages bientôt associés à des zigzags brillant avec fantasmes colorés aussi mobiles que les scotomes. Les manifestations en question gagnent la partie supérieure et droite de champ visuel qu'elles occupent bientôt tout entier. A aucun moment le malade ne cesse de percevoir des fragments des objets ambiants. Cet état dure dix à quinze minutes, la perception parfaite revient à mesure que disparaissent les sensations en question, du centre à la périphérie, comme si les nuages se fragmentaient; l'accès a complètement cessé au bout d'une demi-heure, laissant après lui, une céphalalgie très légère, une sensation de pesanteur aux tempes, surtout à droite, qui subsiste pendant une heure ou deux. Jamais, ni avant ni après, de paresthésies ou autres symptômes de migraine. M. Berger insiste sur le début du scotome par le bord inférieur gauche du champ visuel, il note avec soin qu'il n'est pas paracentral mais bien exactement localisé au point du regard. Le courant galvanique, quel qu'en soit le mode d'application sur l'œil, n'exerce aucune influence sur les scintillements, il les additionne de phosphènes électriques, il n'a pas non plus d'action sur les accidents subjectifs ni sur la marche de l'accès : par suite, c'est une migraine ophtalmique d'origine centrale, hémisphérique, comme le prouvent encore l'hémianopsie du début, le scotome surtout central, la légère céphalalgie consécutive.

Pendant le dernier accès la vision fragmentaire a présenté une autre particularité. M. Berger a vu à gauche et en haut les fragments d'objets (maisons, arbres) qu'il devait voir à droite, c'est à dire qu'il y a eu déplacement dans le champ visuel externe gauche et supérieur des fragments de choses perçues à la droite du patient. L'accès passé, tout est rentré dans l'ordre.

Le trouble fonctionnel trophique ou circulatoire des centres visuels cortico-occipitaux qui d'ordinaire, en pareil cas, trouble la perception centrale des stimulus rétiniens (lacunes du champ visuel) en même temps qu'il se produit des excitations anormales (phénomènes lumineux subjectifs, scotome scintillant), peut aussi dissocier les sollicitations physiologiques de la rétine de sorte que

les objets ambiants ne soient plus perçus à leur vraie place; il y a donc alors perceptions frustes et peu actives. P. KERAVAL.

XLIII. ENCORE UNE REMARQUE AU PROFESSEUR FLECHSIG, RELATIVEMENT A SON TRAVAIL SUR UN NOUVEAU PRINCIPE DE DIVISION DE LA SURFACE DU CERVEAU; par ADAMKIEWICZ. — RÉPONSE DU PROFESSEUR FLECHSIG. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'écorce du cerveau contient des régions psychiques équivalentes entre elles de chacun des systèmes organiques concrets. Tel doit être le bréviaire de celui qui cherche à résoudre le problème de la division la plus naturelle de l'écorce, en y faisant coopérer l'anatomie, la physiologie, la pathologie (A.). — Voilà un aphorisme contre lequel je protesterais si j'en avais le temps (F.).

P. KERAVAL.

XLIV. OBSERVATION DE GLIOME DANS LA PARTIE POSTÉRIEURE DE LA PROTUBÉRANCE ET DU BULBE; par F. JOLLY. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Parésie faciale gauche; vertiges; vomissements; troubles de la déglutition, paralysie du mouvement du plan du regard à gauche; parésie avec hypoesthésie du trijumeau gauche; affaiblissement et diminution de la sensibilité dans les membres du côté droit, c'est-à-dire paralysie croisée du facial, de l'oculomoteur externe, du trijumeau indiquant l'existence d'une tumeur dans la région protubérantielle qui donne naissance au noyau du facial et de l'oculomoteur externe. *Autopsie* : Gliome du plancher du quatrième ventricule ayant gagné par l'ouverture postérieure de l'aqueduc de Sylvius le *calamus scriptorius* et totalement détruit les noyaux du pneumogastrique et du glosso-pharyngien, du facial, de l'oculomoteur externe, à la branche motrice et sensitive du trijumeau, du côté gauche, ayant partiellement détruit les mêmes organes à droite, et s'étant infiltré dans des noyaux gauches de l'hypoglosse et de l'acoustique ainsi que dans le ruban de Reil du côté gauche. P. KERAVAL.

XLV. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES AFFECTIONS SYPHILITIQUES DE LA MOELLE; par A. BOETTIGER. (*Archiv f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

L'anatomie pathologique doit être souvent éclairée par la clinique. Telle méningite spinale syphilitique qui donne sous le microscope l'impression d'un sarcome s'en distingue par l'extension du processus à la substance nerveuse. — Telle myélo-méningite spinale tuberculeuse, indemne de bacilles, ressemble à une affection syphilitique; il faut compléter la nécropsie et s'attacher à l'évolution; la première procède rapidement, comme les mala-

dies infectieuses et avec un appareil fébrile, la seconde par poussées à marche traînante. Aucun des éléments anatomiques ne peut être invoqué en faveur d'une lésion histologique due à la syphilis. Les altérations vasculaires ne sont caractéristiques de celle-ci que lorsqu'elles apparaissent en plaques isolées et qu'on ne constate aucune relation entre elles et d'autres processus pathologiques occupant le voisinage des vaisseaux. Sans doute aussi une gomme au sein du système nerveux central, une vraie gomme, et non un infiltrat gommeux est une signature de la syphilis, mais c'est un fait extrêmement rare dans la moelle. — On pourrait, d'après l'auteur faire le diagnostic différentiel *de vivo*, entre la myélite syphilitique, la méningo-myélite syphilitique, les gommes de la moelle, en tenant compte du début de la maladie a la suite de l'infection, des symptômes de début, du mode de la marche ultérieure. C'est bien affaire d'espèce clinique et non de nosographie. P. K.

XLVI. Partie supérieure du ruban de Reil et écorce cérébrale; par M. Bielschowsky. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Expériences sur deux chiens. Ou plutôt ce sont les chiens rendus idiots par Goltz à la suite de l'ablation des hémisphères cérébraux (voir les pièces de l'Institut de Senckenberg); il ne se produit pas de dégénérescence du ruban de Reil quand on a épargné les couches optiques. Le ruban de Reil ne va donc pas directement à l'écorce, il passe dans la couche optique (théorie de Mahaim). P. K.

XLVII. Des paresthésies qui se montrent isolément dans le territoire du fémoro-cutané; par M. Bernhardt. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Ce sont des névrites comparables aux névrites du cubital du même auteur (*Archiv f. klinisch. Medicin*, XXII, p. 372), caractérisées par : une sensation d'engourdissement qui se montre à la face externe et antérieure de la cuisse, de la douleur à la pression ou à la suite d'efforts prolongés; intégrité de la motilité. Causes : fièvre typhoïde, syphilis, refroidissement. Amélioration, mais non guérison, par frictions, massage, pinceau électrique, bains tièdes salins P. K.

XLVIII. Ondulations musculaires dans un cas de sciatique bilatérale chronique; par J. Hoffmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Cantonnier de vingt-six ans, atteint, en 1872, de douleurs sciatiques à droite. En 1876, atteinte du sciatique gauche. Exaspération pendant plusieurs semaines en 1880, 1882, 1886, 1888. A la

période douloureuse, du moins au début, on constate des palpitations et des ondulations des muscles de la région, des adducteurs des cuisses, et véritable tumulte dans les mollets. P. K.

XLIX. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAJET DU RUBAN DE REIL (*ruban de Reil supérieur cortico-thalamique*); par Chr. JAKOB. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'auteur tire de deux observations que l'interruption complète du ruban de Reil dans la région subthalamique entraîne une dégénérescence totale du ruban de Reil. S'il y a complète interruption au-dessus de cette région (écorce, centre ovale), il n'y aura qu'atrophie simple de ce dernier. Il est donc probable que les cellules d'où partent les fibres du ruban de Reil occupent les environs de la région subthalamique, et peut-être les zones basales de la couche optique notamment le globule pallidus du noyau lenticulaire.

P. K.

L. LA SUCCESSION DES ÉCHELONS SÉRIAIRES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE SECONDAIRE DANS CHACUN DES CORDONS DE LA MOELLE; par K. SCHAFFER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Une fillette reçoit un projectile au niveau de la onzième vertèbre dorsale; elle succombe au bout de cinq mois au marasme et à la gangrène trophique du décubitus lentement progressifs. La lésion transverse de la moelle a déterminé : tout d'abord, une dégénérescence secondaire des cordons de Goll, puis des faisceaux pyramidaux, finalement une dégénérescence descendante des cordons postérieurs et ascendante des faisceaux cérébelleux et du trousseau de Gowers. Des expériences réalisant les mêmes conditions traumatiques chez le chat démontrent que, quatre jours après l'opération, commence une dégénérescence ascendante des cordons de Goll et descendante des faisceaux marginaux et intermédiaires du cordon latéral (Lœwenthal), qu'il se produit en outre le sixième jour, une dégénérescence du faisceau latéro-cérébelleux, que le quatorzième jour, il y a dégénérescence très nette des pyramides (cordons latéraux). L'auteur insiste sur le parallélisme qu'il y a entre les échelons de la série du développement des manchons, de myéline et ceux de la série des dégénérescences secondaires des systèmes de la moelle. P. K.

LI. LA SECTION TRANSVERSE DE DEUX PYRAMIDES CHEZ LE CHIEN; par J. STARLINGER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

De ses expériences l'auteur conclut :

1° Les faisceaux pyramidaux du chien ne jouent dans la locomotion qu'un rôle subordonné; 2° le chien doit avoir une autre voie

de communication chargée de transmettre les ordres de l'écorce cérébrale aux muscles ; cette voie ne passe pas par les pyramides; 3° actuellement nos connaissances anatomiques ou physiologiques ne permettent pas de préciser cette voie. Meynert a indiqué la zone médiane de la calotte comme tractus moteur. Ce sera à examiner

P. K.

LII. D'UN TROUBLE VASO-MOTEUR HÉMILATÉRAL D'ORIGINE CÉRÉBRALE; par KAISER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Démente sénile, de soixante-neuf ans. Au début de l'année courante, hémi-œdème, hémi-rougeur, hémi-hyperthermie, hémi-suggillations à la moindre pression, du côté droit. En mars, cet état subsistant, légère fièvre, marasme, mort. On constate à l'*autopsie :* de l'artério-sclérose; une atrophie générale du cerveau ; un foyer de ramollissement, du volume d'une pièce de 1 franc, dans le lobule pariétal intérieur (supramarginal) ; un kyste dans le noyau lenticulaire ; enfin un foyer de ramollissement, en strie de un centimètre de long au milieu du noyau caudé. M. Kaiser attribue à cette dernière lésion le trouble vaso-moteur, et, au noyau caudé la fonction vaso-motrice croisée.

P. K.

LIII. LE TROUBLE DE LA SENSIBILITÉ DE BERNHARDT AU NIVEAU DE LA CUISSE; par S. FREUD. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'auteur joint son observation personnelle au mémoire de Bernhardt sur les paresthésies et sensations douloureuses dans la région du fémoro-cutané. D'après sa clientèle, l'affection serait plus fréquente à droite. Enfin Rosenberg en a vu un cas chez une dame tandis que jusqu'ici on ne l'avait observé que chez l'homme.

P. K.

LIV. SUR UN COMPLEXUS SYMPTOMATIQUE CARACTÉRISÉ PAR DES TROUBLES DE LA COORDINATION, CONGÉNITAUX OU ACQUIS; par NONNE. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 2.)

Depuis Friedreich on a décrit un grand nombre de maladies dont le symptôme fondamental a toujours été l'ataxie des mouvements. M. Nonne a relaté en 1892, l'histoire pathologique de trois frères qui tous présentaient les mêmes symptômes rattachés par l'auteur à une *gracilité congénitale et héréditaire du cervelet et de la moelle épinière*. Cette fois, M. Nonne, se basant sur sept observations personnelles, cherche à démontrer qu'il existe des formes intermédiaires, entre la maladie de Friedreich, l'atrophie du cervelet, l'ataxie cérébelleuse héréditaire de P. Marie, le tableau clinique présenté par lui et les *cas mixtes* des différents auteurs.

Ces formes intermédiaires sont caractérisées par des troubles de coordination dans les mouvements des muscles des membres, de la tête, du tronc, des muscles de la phonation et du langage articulé.

On trouve aussi des mouvements anormaux du globe oculaire, mais la fonction de la pupille reste intacte; le nerf optique n'est jamais dégénéré, l'intelligence peut être diminuée, les réflexes tendineux sont normaux ou exagérés; il peut survenir de la rigidité musculaire; pas de troubles de la sensibilité ni de troubles sphinctériens.

Ce complexus symptomatique apparaît spontanément chez les enfants en bas âge ou se développe à la suite d'une maladie infectieuse ou d'une maladie cérébrale aiguë, chez les adultes, par exemple. L'hérédité et le cachet familial manquent. La marche de la maladie est *éminemment lente;* les paralysies et les contractures n'ont pu être observées jusqu'ici.

Quant à l'anatomie pathologique, l'auteur, se basant sur les autopsies faites dans des cas analogues aux siens, conclut : « Il s'agit dans tous ces cas soit d'une anomalie, soit d'un arrêt de développement ou d'un processus dégénératif de ce vaste système de fibres qui, par les cordons grêles de la moelle, les olives, les corps restiformes croisés, pénètrent dans le cervelet et de là par les pédoncules cérébelleux supérieurs dans le cerveau ». On n'est pas encore à même de savoir si ce dernier participe aux lésions.

LWOFF.

LV. SUR LES ALTÉRATIONS SECONDAIRES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE, CONSÉCUTIVES AUX DÉSARTICULATIONS DE L'ÉPAULE; par WILLE. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. II.)

Etude microscopique de trois moelles épinières dont les deux premières appartenaient à des individus ayant subi une désarticulation de l'épaule gauche, le premier dix ans et le second quarante ans avant la mort; la dernière à un homme, mort quatre ans après une amputation du bras droit. Les coupes ont été faites surtout dans le segment compris entre la deuxième paire dorsale et le plan bulbaire passant par les racines de l'hypoglosse.

Les lésions avaient leur maximum au niveau des septième et huitième paires cervicales et diminuaient progressivement en bas et en haut. Au niveau des septième et huitième paires, la moitié atteinte de la moelle est plus petite, ce qui tient à une diminution de volume du cordon de Burdach et de la substance grise dans sa totalité. Le rapport du cordon cunéiforme du côté sain à celui du côté malade est comme 3 : 2. Le cordon de Goll est intact. Les autres cordons ne paraissent pas diminués. Dans le cordon de Burdach : zone de dégénération de forme triangulaire à sommet

antérieur; elle n'est séparée de la commissure postérieure que par une mince bandelette de substance normale. La corne postérieure est plus étroite; la corne antérieure est déformée, son bord antérieur est concave, par places sa partie moyenne manque et elle est séparée en deux tronçons. Dans toute la substance grise, diminution de l'élément fibrillaire; les racines motrices possèdent moins de fibres. Ces altérations s'atténuent à mesure qu'on s'approche du bulbe; mais sont encore sensibles au niveau de l'apparition de la bandelette intra-bulbaire de l'hypoglosse.

Il ne s'agit pas, dans ces cas, comme on l'a souvent prétendu, d'une simple atrophie d'une moitié de la moelle. La lésion première, c'est la dégénération bien localisée d'un segment du cordon de Burdach et l'atrophie ne vient que consécutivement. Les cellules sensitives et motrices sont toujours atteintes; quant aux lésions des cellules des ganglions spinaux on n'en a pas encore de preuves certaines. LWOFF.

LVI. SUR LA COMPRESSION TOTALE DE LA RÉGION SUPÉRIEURE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE; par EGGER. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, l. 1, 1895.)

Observation d'une malade, qui présentait à la suite d'une fracture des vertèbres cervicales inférieures, datant de onze ans, les symptômes suivants :

Paraplégie complète des extrémités inférieures; anesthésie de la face interne des bras et avant-bras, du tronc à partir de la troisième côte et des jambes; *absence des réflexes tendineux;* paralysie de la vessie et du rectum; troubles vasomoteurs; troubles psychiques (hallucinations terrifiantes, culpabilité imaginaire).

Autopsie et examen microscopique : Destruction totale des éléments de la moelle épinière au niveau de la première racine dorsale. Au-dessus de la lésion, dégénérescence des cordons et dissociation de la substance grise. A la partie moyenne de la moelle cervicale, dégénérescence ascendante typique. Immédiatement au-dessous de la lésion, sclérose de l'ensemble des cordons. Au niveau de la deuxième racine dorsale, la moelle a sa configuration normale. Sclérose dans la région des cordons postérieurs jusqu'au niveau de la dixième racine dorsale, dégénérescence typique des faisceaux pyramidaux croisés jusqu'au-dessous du renflement lombaire et des segments antérieurs des cordons latéraux dans la région dorsale. Diminution du nombre de cellules dans les cornes antérieures du renflement lombaire. Atrophie musculaire dans la région de l'éminence thénar droite. Atrophie et disparition totale des fibres dans les extrémités inférieures, surtout à droite.

C'est là un nouveau cas de compression de la moelle avec abolition des réflexes tendineux; fait paradoxal en apparence et qui

contredit les données classiques de la physiologie de la moelle. Cette contradiction a attiré dans ces derniers temps l'attention de neuropathologistes qui ont essayé d'en donner l'interprétation.

La théorie la plus connue est celle de Bastian-Jackson d'après laquelle le cervelet jouerait un rôle considérable dans la production et la régularisation des réflexes médullaires. M. Egger n'admet pas cette théorie; pour lui, l'abolition des réflexes est due à une action traumatique, que subit la substance grise par suite de la compression; une abolition des fonctions de cette substance en est la conséquence. Plus tard, les muscles s'atrophient et ne répondent plus à l'excitation, même quand la fonction est rétablie.

LWOFF.

LVII. TROIS CAS DE RUPTURE NON TRAUMATIQUE DE LA VESSIE CHEZ DES MALADES ATTEINTS DE PARALYSIE GÉNÉRALE; par HERTING. (*Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XXVII, liv. II.)

De ces trois malades, un seul avait été sondé à l'aide d'une sonde en gomme. Aucune violence n'a pu être exercée sur ces malades. L'examen microscopique a montré que dans les trois cas, les fibres musculaires de la vessie étaient atteintes à divers degrés de dégénérescence hyaline, colloïde ou graisseuse.

LVIII. NOTE A PROPOS DES LÉSIONS VASCULAIRES DANS LA SYPHILIS DES CENTRES NERVEUX; par le Dr LAMY. (*Revue neurologique*, janvier 1890.)

L'étude de l'artérite syphilitique présente plusieurs difficultés; la première résulte de l'ancienneté ordinaire de la lésion; la seconde, de la difficulté qu'il y a de déterminer le point précis de l'artérite nodulaire vraiment spécifique qui est la lésion initiale; la troisième, que signale l'auteur, est la possibilité d'infections secondaires, chez les syphilitiques touchés du côté des centres nerveux. Ces malades peuvent, en effet, présenter des troubles trophiques graves, portes d'entrée d'infections secondaires; ils succombent le plus souvent à une infection du sang et rarement du fait de la syphilis seule. Il faut être servi en quelque sorte par le hasard pour avoir le droit de dire qu'on se trouve en présence d'une myélite syphilitique pure.

L'auteur a pu faire une recherche minutieuse de l'état des vaisseaux de la moelle, dans un cas de paraplégie syphilitique récent et pur de toute infection secondaire.

Il a constaté que : 1° les veines étaient atteintes à un degré beaucoup plus profond que le système artériel, qui pouvait être regardé comme à peu près intact du haut en bas de la moelle; 2° que la lésion initiale était partout la périvascularite. Nulle part

d'endophlébite oblitérante, au moins indépendante ; nulle part d'endartérite, mais seulement une périartérite très discrète.

Dans les formes compliquées d'infection septique secondaire, les vaisseaux de la moelle présentent des altérations bien différentes de ces dernières et qu'on est fondé à attribuer à l'infection surajoutée : elles consistent essentiellement dans la présence de thromboses intra-veineuses surtout et intra-artérielles, pouvant évoluer vers l'organisation et entraîner une endovascularite secondaire E. B.

LIX. Le fonctionnement cérébral pendant le sommeil hypnotique ; par le Dr Lanpts. (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1895.)

L'état de veille est l'état normal de fonctionnement psychogénique des centres cérébraux. L'auteur considère comme nécessaire à l'état de veille le fonctionnement d'un centre de coordination intellectuelle supérieure, de fixation et d'élaboration des matériaux fournis par les autres centres. L'état de cessation du fonctionnement psychogénique d'un centre constitue le sommeil de ce centre.

L'état de cessation du fonctionnement psychogénique du cerveau entier constitue le sommeil normal complet, à côté duquel se rencontrent les sommeils partiels accompagnés de rêves et constitués par l'état de repos du centre supérieur en même temps que par le fonctionnement partiel ou total d'autres centres (rêves partiels ou généralisés). Le sommeil hypnotique est un état de sommeil profond et durable du centre supérieur ; l'état des autres ne différant de l'état normal que par la cessation de leurs communications avec le centre supérieur, d'où une plus grande intensité dons leur fonctionnement. Comme tous les autres centres, le centre supérieur serait sujet à certaines maladies (dans certains genres de démence ?) ou inhibé à l'état normal, surtout chez des prédisposés ou sous l'influence du fonctionnement exagéré d'autres centres : ainsi le fonctionnement intensif d'une zone visuelle pourrait produire l'hallucination, au cours de laquelle il y aurait inhibition du centre supérieur. E. B.

LX. Circonvolutions cérébrales anormales; par le Dr J. Mickle.

L'auteur constate tout d'abord que les schémas et figures donnés comme représentant le type normal des circonvolutions cérébrales sont d'une part insuffisants, d'autre part erronés : en effet certaines scissures sont trop accentuées et d'autres, importantes cependant, singulièrement diminuées ou même oubliées; de plus les descriptions sont faites d'après des cerveaux pris au hasard dans les salles d'autopsie, sur des cadavres dont on ignore l'his-

toire et les antécédents, si bien que des dessins donnés comme typiques représentent cependant des cerveaux anormaux.

Les anomalies les plus fréquentes se rencontrent du côté droit. Elles sont caractérisées par l'irrégularité des plis, que ces derniers soient parcourus par des scissures ordinaires modifiées dans leur direction, leur profondeur, leur longueur, ou qu'ils soient divisés par de nouvelles incisures.

Ces modifications sont plus marquées dans le lobe pariétal que partout ailleurs.

Parmi les nombreuses anomalies décrites, une des plus fréquentes est l'isolement superficiel, sous forme d'îlot, d'une partie du lobule quadrilatère, ordinairement dans sa portion postéro-supérieure, par la bifurcation de la scissure perpendiculaire interne. Plus ou moins en rapport avec les anomalies du lobule quadrilatère, on observe aussi de fréquentes anomalies des deux bords de la scissure perpendiculaire interne et des circonvolutions adjacentes. (*The alienist and neurologist*, oct. 1895.) E. BLIN.

LXI. LÉSIONS PRODUITES PAR L'ACTION DE L'ALCOOL ÉTHYLIQUE SUR LES CELLULES DE L'ÉCORCE CÉRÉBRALE; par le Dr BERCKLEY.

En étudiant par les nouvelles méthodes de coloration les cellules cérébrales de lapins à qui on avait donné pendant plusieurs mois des doses quotidiennes d'alcool éthylique pur, l'auteur a trouvé dans ces cellules des lésions constantes. Le nucléole est augmenté de volume, a pris un aspect spongieux; son contour est irrégulier. Le corps cellulaire présente sur ses prolongements protoplasmiques des tuméfactions variables en grosseur et en situation. Ces altérations des dendrites sont accompagnées ou même précédées par des modifications particulières dans les bourgeons latéraux que présentent normalement les dendrites; en effet, ces bourgeons disparaissent et les dendrites prennent un aspect grêle caractéristique.

Les cylindraxes paraissaient normaux. En même temps on a trouvé quelques altérations dans les gaines lymphatiques des vaisseaux. Un fait ressort nettement de cette étude, c'est que l'alcool qui était réputé le moins toxique de sa série détermine cependant des lésions accentuées sur les cellules nerveuses. (*American journal of insanity*, juillet 1895.) E. B.

LXII. SUR UN PHÉNOMÈNE PLANTAIRE CHEZ LES TABÉTIQUES; par le Dr RUBENS HIRSCHBERG.

Quand on promène l'ongle du pouce rapidement le long de la plante du pied, comme on fait pour provoquer le réflexe plantaire cutané, au moment même le malade a parfaitement la sensation

tactile, sans que le réflexe ait lieu; puis cinq ou six secondes plus tard, le malade secoue et retire violemment la jambe et éprouve une forte douleur, le long du passage de l'ongle.

L'auteur a rencontré ce curieux phénomène d'hyperesthésie plantaire chez tous les tabétiques qu'il a eu l'occasion d'examiner; il le considère donc comme constant à un certain moment de l'évolution du tabes dorsalis, sans pouvoir encore se prononcer sur la valeur diagnostique de ce symptôme, tous les malades chez lesquels il l'a observé étant des tabétiques en plein développement. (*Revue neurologique*, oct. 1895.) E. B.

LXIII. Rapports entre l'appareil ampullaire de l'oreille interne et les centres oculo-moteurs; par P. Bonnier.

Etude documentée et complétée par un schéma, de ces rapports au point de vue anatomique, physiologique et clinique. Les troubles ampullaires sont intéressants à connaître, car ils peuvent prêter leur symptomatologie à toute espèce de troubles oculo-moteurs, et qu'en présence de ces derniers, il faut bien se rappeler qu'après la rétine elle-même, c'est le labyrinthe, et particulièrement l'appareil ampullaire, qui commande aux appropriations oculo-motrices, comme aux fonctions d'équilibration.

Les troubles oculo-moteurs sont fréquemment symptomatiques d'affections labyrinthiques, surtout nucléaires. Tous les noyaux oculomoteurs peuvent ainsi se trouver pris par l'irradiation réflexe issue de l'appareil ampullaire, et réaliser les tableaux cliniques les plus complexes. Il faut donc, en présence de ces troubles oculomoteurs, songer à l'appareil ampullaire et se rappeler que le nerf labyrinthique, en sa qualité de racine postérieure la plus active et la plus grosse de toutes, sera la victime de choix guettée par le tabes. (*Revue neurologique*, déc. 1895.) E. B.

LXIV. Chorée chez deux cardiaques. Contribution a la physio-pathologie de la chorée des adultes; par le Dr R. Massalongo.

Dans les deux observations citées par l'auteur, et ayant trait l'une à un cardiaque de soixante ans, l'autre à un cardiaque de soixante-dix ans, il existe un enchaînement étroit entre les mouvements choréiques et les accidents cardiaques. — En effet, avec les premiers phénomènes d'asystolie ont apparu les mouvements choréiques; avec la disparition de l'asystolie sous l'influence du traitement approprié, les mouvements ont diminué et disparu; ils sont revenus avec l'asystolie. Les conclusions de l'auteur sont que la chorée mineure peut s'observer au cours des cardiopathies communes lorsque celles-ci réunissent les conditions suivantes :

1° L'auto-intoxication ordinaire des affections cardiaques (irritant chimique);

2° Des troubles de la circulation cérébrale liés à des altérations locales (artérite chronique);

3° L'œdème histologique du cerveau ;

4° La méningite chronique localisée au niveau des zônes motrices corticales. (*Revue neurologique*, novembre 1895.) E. B.

LXV. SUR QUELQUES MODIFICATIONS DE STUCTURE CONSTANTES DES RACINES SPINALES; par E. DE MASSARY.

L'auteur a pratiqué des coupes en séries de racines dorsales, lombaires ou sacrées de cinq sujets morts d'affections quelconques, mais dont aucun ne présentait de symptômes médullaires. La comparaison des racines de cinq malades permet de décrire, outre la disposition d'ensemble correspondant à l'état normal, certaines modifications constantes, dont les degrés seuls varient, attestant ainsi la sensibilité prévue de cette région et imputables à des affections antérieures ou actuelles. Ces modifications constantes résultent de deux particularités de structure de la racine rachidienne : 1° tractus fibreux étranglant et dissociant les filets nerveux; 2° enveloppement direct par une séreuse. L'irritation proliférative que détermine l'infection aboutit à la production du tissu fibreux.

Dans les cas observés, ces lésions, absolument banales, n'ont en rien altéré la vitalité des neurones sensitifs et moteurs, dont l'intégrité était, d'ailleurs, prouvée par la clinique, et cependant elles sont identiques avec celles que le Dr Nageotte a décrites comme étant la cause immédiate du tabes. (*Revue neurologique*, décembre 1895.) E. B.

LXVI. L'EMPLOI DE LA MÉTHODE DE COLORATION DE WEIGERT ET PAL, POUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL DURCI DANS LE FORMOL; par H. MARCUS. (*Neurolog. Centrabl.*, XIV; 1895.)

Le formol durcit fort bien; il conserve au système nerveux son élasticité; le cerveau et la moelle ne sont ni friables ni recoquillés, les lésions conservent leur aspect; le formol en renforce simplement les caractères ainsi que la beauté. Ainsi, pour la moelle tabétique; on voit nettement à l'œil nu, les parties blanches, et les cordons postérieurs sont d'un transparent gris brun. Au bout de deux à quatre semaines on peut obtenir de bonnes coupes à la celloïdine et le microscope montre des noyaux bien colorés. Voici au surplus la technique.

La moelle sera durcie dans une solution de formol à 1/2 p. 100 pendant deux à quatre semaines. On coupe alors un morceau d'un demi centimètre d'épaisseur. Immersion dans le liquide de Müller au bain-marie à 37° pendant huit jours; puis, dans l'alcool à 95°

(vingt-quatre heures), vingt-quatre heures encore dans l'alcool absolu. Enfin inclusion dans la celloïdine.

Couper au microtome. Immersion dans la liqueur de Müller au bain-marie, de quelques jours à une semaine. Lavage rapide à l'alcool. Immersion, deux jours au moins, dans le réactif colorant de Weigert et Pal. Puis décoloration et différenciation, ainsi que l'a décrit Pal.

Les gaines de myéline sont bleues ; tout ce qui est dégénéré est complètement décoloré. Les cellules nerveuses sont très distinctes, leurs noyaux sont très nets. P. K.

LXVII. Structure normale et altérations anatomo-pathologiques des capillaires cérébraux les plus fins; par M. Lapinsky. (*Arch. f. Psychiat.*, XXVI, 3.)

Recherches à l'aide de la méthode de Kronthal, qui établissent qu'il s'agit de petits tuyaux transparents mais élastiques; ayant une paroi à double contour qui contient deux espèces de noyaux, ronds et ovales, et se compose d'une tunique interne et d'une tunique externe. Les plus fins vaisseaux ont un diamètre de 1 μ 4. A la tunique interne appartiennent les noyaux elliptiques; à la tunique externe les noyaux ronds. Sur une distance de 120 μ de ces capillaires on compte un à deux noyaux longs et un noyau rond; si le capillaire a un diamètre de 4 à 5 μ, on compte, pour la même longueur, quatre noyaux longs, deux noyaux ronds.

Suit une revue des lésions pathologiques des vaisseaux dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale, etc... P. K.

LXVIII. Points relatifs a la loi de Weber-Fetchner ; par D. Waller. (*Brain*, été et automne 1895.)

La loi de Weber-Fechner établit les rapports de grandeur entre la sensation et l'excitation : la première est *fonction logarithmique* de la seconde. Ce rapport est représenté géométriquement par une courbe graphique indiquant la progression des stimuli suivant l'axe des abscisses, et celle de la sensation suivant les ordonnées.

Cette courbe est *concave vers l'abscisse* et convexe vers l'axe des ordonnées. L'auteur étend cette loi, hors du domaine purement nerveux, à la détermination des rapports de grandeur entre toute cause et son effet sur la matière vivante en général. Or, d'après la courbe de Weber-Fetchner : pour produire des augmentations *égales de sensation*, il faut des augmentations *croissantes d'excitation ;* autrement dit : des augmentations *égales de stimulus* donnent des augmentations *décroissantes de sensation.*

Mais il faut considérer trois actes dans le phénomène : 1° le sti-

mulus externe, cause objective de l'excitation ; 2° l'excitation interne ou modification matérielle produite dans l'appareil nerveux par le stimulus ; 3° la sensation ou phénomène subjectif accompagnant cette modification. Donc étant donnée une série d'excitations de grandeurs 1, 2, 3, 4, 5, et une série correspondante de sensations 1, 3, 5, 6, 7 ; cette disproportion a-t-elle une origine physiologique (du 2e acte), ou psychologique (du 3e acte) ? — Pour répondre à cette question, l'auteur a entrepris une série d'expériences graphiques sur la rétine, le muscle et le nerf.

Pour *la rétine* (œil de grenouille isolé et disposé de manière à recueillir et utiliser les courants d'impression), l'auteur a trouvé que la modification matérielle intra-nerveuse est *fonction géométrique* du stimulus externe, et accompagnée de sensation proportionnelle à sa propre valeur. — Avec *le muscle* considéré non comme organe musculaire, mais en tant que matière vivante quelconque excitable, il n'obtient pas une courbe uniforme à concavité vers l'abscisse, mais une courbe *en forme d'*S à courbure inférieure très courte et convexe vers l'abscisse et à courbure supérieure longue et concave vers l'abscisse. — Pour *le nerf*, même résultat mathématiquement et graphiquement réductible à la courbe en S. Celle-ci est donc la représentation typique des réactions de la matière vivante.

Les résultats antérieurement obtenus : ligne droite de Héring et courbe unique de Weber sont incomplets à cause des difficultés opératoires qui n'ont permis l'inscription que d'un seul des trois stades de l'expérience ; soit : le second pour Héring ou ligne droite correspondant à la partie moyenne de l'S ; et pour Weber le troisième ou courbure supérieure de l'S concave vers l'abscisse. Le procédé technique est en effet excessivement délicat ; pour le tracé de la courbure inférieure qui est extrêmement minime il faut opérer à une échelle énorme qui laisse forcément hors du champ les deux autres portions, la moyenne, et surtout la troisième ou courbure supérieure, qui, très grande, exige une très petite échelle où les deux autres portions ne sont pas sensibles.

La totalité du phénomène s'exprime donc par une courbure en S allongée et inégale dont la courbure inférieure très courte et convexe vers l'abscisse représente des *augmentations croissantes ;* le milieu de longueur moyenne, sensiblement droit détermine des *augmentations égales ;* et la partie supérieure de beaucoup la plus grande concave vers l'abscisse indique des *augmentations décroissantes.*

F. Boissier.

LXIX. Anatomie pathologique d'un cas de paralysie infantile ; par F. Trévellan. (*Brain*, été et automne 1895.)

Enfant de six ans, morte après neuf mois de maladie. Pièces

immergées dans le liquide de Muller chauffé à l'étuve à 38°. L'intérêt de ce cas tient au moment vraiment opportun, ni précoce ni tardif, de l'évolution morbide où l'autopsie fut faite. Les lésions étaient à point. Les conclusions sont entièrement en faveur de l'origine névroglique périartérielle du processus. Les cellules sont étouffées sans distinction dans la prolifération de la névroglie. La lésion irritative est due vraisemblablement à la filtration à travers les vaisseaux des toxines sécrétées par les microbes ; on ne trouve pas un seul microorganisme dans la moelle. F. B.

LXX. Névrite alcoolique périphérique dans la vieillesse; par A. Maude. (*Brain*, été et automne, 1895.)

Un vieillard de soixante-quinze ans ayant fait des excès de boisson (bière surtout) pendant vingt ans, présente de la parésie, dysesthésie et incoordination des membres, sans altérations mentales.

F. B.

LXXI. Essai théorique sur la nature et le mode d'action de la force nerveuse ; par W. Broadbent. (*Brain*, été et automne 1895.)

Comme la chaleur, l'électricité, l'action chimique, etc. ; la force nerveuse n'est qu'une forme du mouvement. Les stimuli qui l'excitent sont les équivalents du choc qui fait éclater la nitroglycérine et de l'étincelle électrique qui fait détonner le mélange oxhydrique ; chacun de ces faits n'est qu'un enchaînement de mouvements. L'action nerveuse n'est aussi que de l'énergie mise en liberté par une modification moléculaire dite chimique (faute d'un terme meilleur) opérée dans les éléments hautement différenciés du système nerveux. Le développement de cette force comporte en effet une augmentation dans le dégagement de CO^2 et de H^2O et pourrait être évalué par la mesure de cet excès d'oxydation ; il cesse en effet quand l'oxygène hemoglobique cesse d'être fourni ou se trouve remplacé par un corps anesthésique. La production d'énergie est donc due à des échanges *atomiques* plutôt que moléculaires. L'influx nerveux doit être évalué en intensité et non en quantité (comparaison avec l'électricité faradique). Des doses infinitésimales de toxiques produisent d'énormes effets nerveux ; or, s'il y a corrélation des forces et s'il y a échange exact d'atomes entre les molécules toxiques et les molécules nerveux (neutralisation de ceux-ci par les atomes morphiques dans la narcose) il faut supposer dans les centres nerveux l'existence d'une *substance à haute tension chimique*, c'est-à-dire d'une structure moléculaire telle que ses atomes, groupés contrairement à leurs affinités naturelles, tendent constamment à reprendre brusquement leur groupement normal aussitôt libres de leurs mouvements.

Cette haute tension, toujours prête à donner un arrangement constant et déterminé, n'a rien de commun avec l'instabilité, ou tendance perpétuelle à une désagrégation quelconque.

Un acte nerveux complet s'accompagne d'oxydation et désintégration atomique, donc une excitation non suivie d'effet réflexe, mais enregistrant une impression dans l'écorce (mémoire) doit entraîner une modification inverse : intégration et construction moléculaire capable de conserver l'image. Mais si l'on évalue, conformément aux autres formes du mouvement, la somme d'énergie dégagée dans un ensemble d'opérations nerveuses diverses, par le total des échanges chimiques, ce total exclut les opérations mentales supérieures. Les opérations de l'esprit sont en surplus sur la somme des échanges matériels qui les accompagnent.

Les relations des centres entre eux ou avec la périphérie ne sont pas des rapports d'activité à passivité ; le point récepteur n'est nullement passif par rapport à celui d'où part l'impulsion et qui en serait le seul générateur : il y a entre eux un rapport *de tension et de résistance mutuelles*. Tout point de départ d'influx nerveux engendre de l'énergie, celle-ci demeure en lui à l'état de potentiel maintenue par les forces identiques nées et accumulées dans les centres ou terminaisons en connexion fonctionnelle avec ce point et elle devient actuelle dès que cesse l'action de ces énergies qui la contrebalancent. Cet équilibre constitue l'état de repos, et l'activité consiste dans la réponse équivalente immédiatement déterminée dans les divers appareils centraux ou terminaux par chaque modification provoquée dans leurs connexes par un stimulus quelconque. L'évaluation en intensités explique les disproportions entre causes et effets et les équilibres entre groupes inégaux (comparaison à la résistance efficace d'un seul homme placé au bras long d'un levier contre une troupe d'hommes appliquée au bras court).

Cette loi s'applique non seulement aux opérations sensori-motrices mais aussi à toutes les actions nerveuses quelle que soit leur nature (calorifique, inhibitoire, trophique). L'hyperthermie peut résulter aussi bien d'une suroxydation dans les centres caléfacteurs que d'une baisse de résistance dans les terminaisons calorifiques ; l'inhibition est le résultat du contrôle de tension antagoniste entre les centres ou terminaisons associés. Quant à l'action trophique, les tissus en relation structurale et fonctionnelle avec les terminaisons nerveuses prennent une part active au maintien de la tension entre celles-ci et leurs centres d'attache ; ces centres en retour influent sur le processus nutritif des tissus. (Muscles considérés comme organes terminaux des nerfs moteurs.)

Enfin la transmission de la force nerveuse se fait dans la fibrille par une modification moléculaire analogue à celle qui en produit le dégagement dans la cellule, avec une simple variation de degré. La fibre est une, et sa conductibilité est indifférente quelle que

soit la nature de l'action nerveuse. Les sensibilités diverses n'ont pas de conducteurs spéciaux, et ne relèvent que de différences d'intensités. Leur ordre évolutionnel généralement admis est contraire à leur ordre d'effacement ; l'auteur en propose un nouveau qui met les faits d'accord avec la théorie, dans les formes rudimentaires de la vie, la réponse localisée (nutrition) pour toute impression de la surface est nécessaire et rend le *tact* suffisant, indispensable et primordial. La douleur n'est qu'une impression tactile dont la violence est incompatible avec la sécurité du point impressionné ; elle est donc secondaire. Enfin les sensations thermiques sont encore inutiles à ce degré de l'échelle biologique où la vie est aquatique. F. Boissier.

LXXII. Sur le flocculus ; par A. Bruce. (*Brain*, été et automne 1895.)

L'auteur a montré en 1892 que les fibres du flocculus sont en connexion avec les noyaux interne, externe et accessoire du nerf auditif et avec celui de la sixième paire du même côté. Par un système de nouvelles coupes chez le fœtus, il confirme ces données; de plus, quelques fibres arriveraient à la formation réticulaire grise du même côté et aucune d'elles ne gagnerait le cervelet, le faisceau de Stcherbak ne serait pas flocculaire, mais viendrait du noyau du toit. Le flocculus serait donc un important annexe des noyaux des racines vestibulaires, cochléaires et accessoires du nerf auditif et probablement de la sixième paire. F. B.

LXXIII. Destruction expérimentale du tubercule de Rolando ; par W. Turner. (*Brain*, été et automne 1895.)

Cette lésion trouble la sensibilité dans le domaine du trijumeau d'un côté et sur tout le corps des deux côtés. L'auteur avec plus de précautions que ses devanciers détruit le tubercule au thermocautère chez des singes, limitant la lésion aussi exactement que possible. Résultats : *du côté de la destruction*, anesthésie complète du trijumeau ; sur le corps et les membres, abolition de la sensibilité tactile et de ses localisations, perte de la sensibilité à la température ; intégrité de la douleur. *Du côté opposé*, conservation du tact simplement affaibli, localisation exacte des impressions tactiles, conservation de la sensibilité thermique ; analgésie complète. Donc au point de jonction du bulbe et de la moelle, les fibres conductrices du tact et de la douleur sont représentées des deux côtés, les premières croisées et non croisées, les secondes croisées seulement. La substance gélatineuse et la partie contiguë de la corne postérieure sont affectées à la transmission des impressions sensitives.

F. Boissier.

Discussion : M. Bennecke. A la clinique du professeur Binswanger (Iéna), il est mort, de paralysie générale, après dix ans de maladie, une femme dont le mari avait succombé à la même affection une quinzaine d'années auparavant.

M. Fraenkel dit observer un cas de ce genre.

4° M. H. Laehr. *La question du personnel de surveillance.* C'est là une question qui n'est pas neuve puisqu'elle date de l'époque où les asiles d'aliénés se sont transformés en établissements d'assistance. L'auteur a cependant vu, jadis, dans certains asiles associés à des établissements pénitentiaires, des détenus être employés à surveiller les aliénés. La question des infirmiers de nos asiles a déjà été étudiée en 1868 au congrès de Dresde. Après avoir dit quelques mots du personnel religieux des asiles, des inconvénients qu'on lui a attribués et des efforts faits en vue d'obtenir un personnel laïque, M. Laehr aborde la critique des opinions récemment émises sur l'organisation du personnel de surveillance des asiles d'aliénés. Pour M. Sommer, la réforme véritable ne consiste ni à recruter les infirmiers dans un milieu social plus élevé, ni à relever la situation qui leur est faite. Il recommande avant tout la surveillance permanente de ce personnel par les médecins; aussi dans les nouveaux asiles faut-il aménager les logements des médecins de façon à permettre cette surveillance. C'est ce qui a été fait à la clinique de Wurtzbourg. Quant à M. Hoppe, après avoir constaté l'insuffisance du personnel qui est en général mal préparé à son rôle, il demande une réforme radicale et pose deux principes fondamentaux : augmentation des appointements des infirmiers et création d'écoles d'infirmiers. M. Konig a donné d'intéressants renseignements sur le personnel de surveillance des asiles anglais. Il y a séparation entre le personnel de jour et le personnel de nuit ; ce dernier est en fonction de 8 heures du soir à 6 heures du matin Les infirmiers de chaque sexe logent dans un pavillon distinct, où chacun à sa chambre. Un petit nombre seulement d'entre eux habitent dans les quartiers. On favorise les mariages et chaque couple est logé dans un cottage en dehors de l'asile. Les appointements sont assez élevés. Tout cela ne serait guère praticable en Allemagne. L'auteur critique aussi les vues de Sommer qui voudrait faire remplir par des médecins des fonctions analogues à celles de surveillant en chef. Les difficultés seraient multiples. Quant au recrutement du personnel dans un milieu social plus élevé, il est évident que la culture intellectuelle et morale est faite pour faciliter la tâche du personnel de surveillance, augmenter son autorité, lui gagner la confiance des malades. Les travaux mécaniques seront confiés a des infirmiers en sous-ordre. Mais des appointements plus élevés sont nécessaires pour conserver un personnel de choix. Pour ce qui est des écoles d'infirmiers, il faut attacher

plus de prix à l'éducation pratique du personnel qu'aux besoins théoriques. L'association d'infirmiers créée par le professeur Zimmer oblige ses membres à passer un an dans un service d'hôpital avant de se consacrer aux asiles d'aliénés. Les médecins de l'asile sont les mieux préparées pour faire des cours au personnel. (*Allg. Zeitsch f. Psychiatrie*, t. II, fasc. 2.) P. Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

IX. *Les fétichistes. Pervertis et invertis sexuels;* par le Dr Garnier. (1 vol., 192 pages. Librairie J.-B. Baillière et fils, 1896.)

Chargé des doubles fonctions de médecin-légiste et de chef de service à la Préfecture de police, M. Garnier se trouve placé dans des conditions exceptionnelles pour étudier les aberrations, parfois les plus étranges, de l'instinct sexuel.

Les faits qu'il vient de rapporter sur l'obsession fétichiste, cet aspect tout spécial des perversions et inversions du sens génital, sont d'un haut intérêt et s'imposent aussi bien à l'attention du magistrat et du philosophe qu'à celle du médecin.

Symptôme de la dégénérescence mentale, le fétichisme peut être défini : l'anomalie de l'instinct sexuel conférant tantôt à un objet de la toilette féminine ou des vêtements masculins, tantôt à un costume déterminé, tantôt, enfin, à une partie du corps de l'un et de l'autre sexe, le pouvoir exclusif d'éveiller les sensations amoureuses et de produire l'orgasme voluptueux.

Timide dans les choses de l'amour normal, le fétichiste, bien loin d'être un excité sexuel au point de vue des plaisirs vénériens, est bien plutôt un insuffisant que rien n'attire vers l'union des sexes, le plus souvent.

Chez cet individu, prédisposé par une altération profonde de la sensibilité morale et affective, un fait insignifiant en lui-même, mais qui se hausse à l'importance d'un fait capital par un rapport d'idées, accapare, à un moment donné, toute son attention, fait date dans ses souvenirs d'ordre génital, va s'imposer à toute sa vie sexuelle, réduisant à néant, ou à peu près, toutes les impressions sensuelles qui n'en dérivent pas.

Le perverti sexuel, dans son culte fétichiste, reste toujours sous l'influence physiologique des tendances qui poussent l'homme vers la femme et l'objet de son culte est d'essence féminine.

C'est tantôt un objet de toilette féminine, bottine, chemise, mouchoir, étoffes, etc., tantôt une partie du corps de la femme, l'un des attributs spéciaux de son sexe, sans que cet amour morbide, en devenant « plus personnel, plus corporel », suivant l'expression de M. Garnier, se rapproche pour cela d'un besoin naturel du rapprochement sexuel.

A cette dernière catégorie appartiennent les collectionneurs de mèches de cheveux de femme, les coupeurs de nattes, les « frotteurs » ayant le fétichisme des fesses de femmes et qui, dans les endroits où la foule s'amasse, s'approchent des femmes aux formes saillantes, se frottent contre leur derrière, et, au paroxysme de la passion, vont jusqu'à sortir leur verge pour opérer le « frottage » avec cet organe.

A la limite, pour ainsi dire, des cas de fétichisme hétéro-sexuel, se rencontrent les faits, plus graves en eux-mêmes et plus étranges dans lesquels l'impulsion fétichiste, tout en gardant son caractère de sexualité, se confond avec une impulsion homicide : tel est le bel exemple rapporté par l'auteur, de ce jeune homme chez qui l'excitation génitale se développait à l'idée de manger un morceau de la peau fine et blanche d'une jeune fille et de boire le sang qui coulerait de la plaie. — Ce malheureux suivit de la sorte plusieurs jeunes filles « les ciseaux ouverts à la main, tout prêt à enfoncer les lames dans leur chair, à en détacher un morceau et à le dévorer » ; mais, n'ayant pu accomplir son dessein, il tournait chaque fois, comme il dit, sa rage contre lui-même, et, bien que n'offrant aucune analgésie cutanée, d'un coup de ciseau détachait nn morceau de sa peau, au niveau des parties du corps où elle a le plus de finesse et le plus de rapports, par conséquent, avec le délicat épiderme de la jeune fille désirée... puis il portait cette chair sanglante à sa bouche et la mangeait avec volupté, se donnant de son mieux, à ce moment, l'illusion que c'était de la peau féminine, et entrant aussitôt en érection à cette représentation mentale.

L'amour morbide qui pousse l'homme vers l'homme ou la femme vers la femme, a aussi ses passionnés fétichistes.

Il ne s'agit pas là évidemment du pédéraste vulgaire, mais de l'*inverti-né*, qui est toujours un malade dont les tendances doivent être à peu près irrésistibles, puisqu'il est jeté dans la vie moralement dépouillé du sexe qu'il extériorise seulement, ayant au dedans de lui-même, par suite d'une mystérieuse transposition constitutionnelle, le sexe opposé à celui que la nature physique affiche.

L'objet du culte de l'inverti sexuel doit être d'essence masculine, que ce soit le mouchoir, les bottes, la blouse ou une partie du corps, et suivant le Dr Moll, c'est principalement sur le pied que porte ce fétichisme homo-sexuel.

On voit combien les faits signalés par le Dr Garnier sont importants à connaître pour le magistrat et pour le médecin qui peuvent se trouver amenés, en présence de certains délits, à se demander si, sous les apparences d'une perversité obstinée, ne se cache pas une obsession morbide que des pénalités ne sauraient amender. E. Blin.

X. *Des états cataleptiques dans les maladies mentales;* par le Dr P. Lemaître (I. Steinheil, éditeur, Paris, 1895).

L'auteur, dans une étude clinique très documentée, passe en revue les délires toxiques, la manie et la mélancolie, la confusion mentale, les folies périodiques et les états de faiblesse intellectuelle congénitaux ou acquis. Il montre que les états cataleptiques s'y peuvent observer sous une forme généralement atténuée, incomplète et rémittente (accès partiels composés). Ils coexistent avec une augmentation de la tension musculaire, un affaiblissement de l'activité psychomotrice volontaire et de la sensation de fatigue musculaire. Les bouffées mystiques des dégénérés en offrent la manifestation la plus frappante.

On peut aussi les observer dans les psychoses associées à l'épilepsie et à l'hystérie.

Suivant l'auteur, la cacatonie de Kalbaum n'existerait pas en tant que entité pathologique et ne serait que phénomènes cataleptiques chez les dégénérés en état de stupeur. L'auteur termine par les applications du myographe au diagnostic de la simulation des états cataleptoïdes. Dr A. Marie.

XI. *Hystérie ;* par le Dr Voronoff (Maloine, éditeur).

C'est là une longue revue générale de l'hystérie, telle que l'ont faite les travaux de Charcot et de ses élèves, y compris la psychologie de M. Pierre Janet. L'étiologie est tout d'abord étudiée, et M. Voronoff, passant en revue les principales causes plus ou moins occasionnelles de la névrose, accorde le principal rôle à l'hérédité. Puis les symptômes sont examinés, appareil par appareil; l'astasie-abasie hystérique est décrite après les paralysies. L'auteur envisage ensuite les syndromes hystériques simulateurs d'autres maladies, et aussi les associations morbides avec divers états pathologiques. Quelques considérations sur l'état mental l'amènent à définir la nature de cette névrose qu'il considère avec M. Pierre Janet comme une maladie mentale « caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité ». Le livre se termine par un chapitre sur le traitement; tel qu'il est, il représente un petit manuel théorique et pratique et rendra des services aux praticiens peu familiarisés avec l'hystérie. E. T.

ASILES D'ALIÉNÉS.

XIV. De l'internement des aliénés et de l'organisation des asiles.

C'est une virulente philippique contre l'intervention judiciaire pour le placement des aliénés. L'auteur nous montre l'aliéné passant en justice avec les voleurs de chevaux et exposé à la curiosité malsaine du public des cours de justice. Il montre des délirants ainsi traînés en prison préventive avec une fièvre typhoïde ou une pneumonie non diagnostiquées, bien que la loi préconise en Californie la comparution rapide devant le juge. La famille est généralement représentée au prétoire. mais c'est auprès du médecin de l'asile qu'elle serait bien plus utile, alors que le transfèrement de la prison à l'asile est trop souvent fait, pour les indigents, par un schériff seul, même avec les malades femmes. Le scandale est patent pour les cas de manie aiguë et le préjudice irréparable pour les mélancoliques. Quant à l'organisation intérieure des asiles de Californie, elle est compromise par l'immixtion de la politique, qui donne la superintendance aux électeurs influents. Une fois directeurs, d'ailleurs, ils n'ont aucune influence administrative sur le personnel, paralysés qu'ils sont, par leurs comités de surveillance pour lesquels les préoccupations politiques l'emportent encore. (*Occidental medical Times*, avril 1895.) A. M.

XV. Interdiction et internement des buveurs d'habitude.

La *Société allemande contre l'abus des boissons spirituelles* a tenu sa réunion annuelle à Munich le 19 septembre 1895. On s'y est occupé des mesures législatives à prendre contre l'intempérance. Dans l'état de choses actuel le buveur d'habitude jouit, au point de vue légal, de tous les droits, bien qu'il ait perdu en réalité son libre-arbitre. La loi ne protège contre lui ni ses parents, ni sa femme, ni ses enfants. La société voudrait obtenir qu'on autorisât l'internement des buveurs dans un asile de traitement, et cela même contre leur volonté. Il va sans dire que des mesures spéciales seraient prises pour empêcher les abus. Il conviendrait également de faire prononcer l'interdiction des buveurs, ainsi que leur déchéance des droits de puissance paternelle.

La Société contre l'abus des boissons spirituelles appuie énergiquement le projet de loi contre l'intempérance. Elle reconnaît que le gouvernement impérial a donné un avis favorable à la péti-

tion qu'elle a adressée à la commission du Reichstag, mais elle se plaint que le gouvernement ne semble pas pénétré de l'urgence de cette loi. La Société charge son bureau de faire des démarches auprès du Parlement afin d'obtenir des dispositions législatives contre l'intempérance, conformément aux résolutions votées par la Société à Brême (1891), Halle (1892) et Munich (1895). Voici quelques-unes de ces dispositions :

Art. 11. — Quiconque par ses habitudes d'intempérance aura compromis ses propres intérêts et ceux de sa famille, ou sera un danger pour la sécurité publique, pourra être interné dans un établissement de traitement pour buveurs, même contre son gré. — L'internement aura lieu, au cas de danger pour la sécurité publique, sur la réquisition des autorités ; dans les autres cas, pourront réclamer l'internement tous ceux qui d'après le code civil ont le droit de demander l'interdiction d'aliénés, L'internement ne pourra avoir lieu qu'après une procédure réglée par la loi et après l'expertise d'un ou de plusieurs spécialistes. L'internement prendra fin lorsque les causes spécifiées dans le premier paragraphe auront disparu, et lorsque la mise en liberté sera réclamée soit par l'administration, soit par le buveur, soit par les personnes désignées dans le paragraphe 2 à condition que le maintien dans l'établissement ne soit plus nécessaire.

Art. 11, *a*. — Les buveurs peuvent entrer volontairement dans un établissement spécial de traitement. Ils y sont soumis pendant leur séjour à toutes les dispositions appliquées aux sujets internés d'office. Les mesures prises pour l'internement contre leur gré des buveurs d'habitude sont applicables au maintien contre leur gré des sujets entrés volontairement. Le Directeur de l'établissement sera consulté. Sur la proposition de ce dernier le maintien du buveur sera ordonné jusqu'à décision ultérieure.

Art. 11, *b*. — Un buveur peut être interdit dans les conditions énoncées au paragraphe 1 de l'article 11. L'interdit est considéré comme un mineur qui a dépassé l'enfance. Il conserve le droit de tester. Il est privé des droits de puissance paternelle. Il a un tuteur. Ce dernier peut le placer dans un asile spécial avec l'autorisation de l'administration. Cette dernière peut elle-même en cas de non-intervention du tuteur provoquer le placement. L'interdiction peut être levée après disparition des causes qui l'ont fait prononcer. Toutes les dispositions concernant l'interdiction des aliénés sont applicables aux buveurs. (Art. 593 à 620 du Code civil.) (*Korrespondenzblatt des ærztleichen Kreis und Bezirks-Vereine* in *Konigreich Sachsen*, 1er novembre 1895.)

XVI. Assistance des épileptiques.

Etablissement municipal d'épileptiques de Biesdorf, près Berlin.

— Cet établissement est exclusivement réservé aux épileptiques. Il a été créé dans le but louable de séparer complètement les épileptiques des aliénés. Sa population se composait, en juin 1894, de 350 hommes, 220 femmes, et 80 enfants des deux sexes. L'asile est composé de pavillons isolés, distribués sans symétrie, à droite et à gauche d'une avenue de 1,200 mètres de longueur. A l'entrée de l'établissement se trouve le bâtiment destiné à l'éducation des jeunes épileptiques. A 300 mètres de cette construction est situé le bâtiment d'administration. En face, la chapelle et l'amphithéâtre. Près de la chapelle, les villas du Directeur-médecin et des fonctionnaires. A droite et à gauche du bâtiment d'administration, on a placé les quartiers des épileptiques (hommes et femmes) qui ont besoin d'être isolés, ou que leur état d'excitation empêche de vivre dans les pavillons des sujets tranquilles. Ces quartiers de surveillance sont construits d'après le système du corridor et ne présentent rien de particulier dans leur aménagement. Les cellules sont vastes, leurs fenêtres ont des vitres incassables maintenues dans des cadres de fer. Les fenêtres de ces quartiers sont munies de grilles qui semblent plutôt de véritables ornements, que des appareils destinés à assurer le maintien des malades. Derrière le bâtiment d'administration se trouvent le réservoir, la cuisine, la buanderie. L'auteur loue beaucoup l'installation parfaite de la cuisine et de la buanderie et celle de la salle des machines qui servent au chauffage de tout l'établissement et à la production de la lumière électrique. Pour donner une idée de la munificence avec laquelle le Conseil municipal a installé cet asile, l'auteur rapporte que le bâtiment d'administration a 80 mètres de longueur, 10 mètres de hauteur, et 20 mètres de largeur : perpendiculairement à son grand axe part un autre bâtiment de 60 mètres de profondeur. Le premier étage de ces deux constructions est occupé par une salle des fêtes, un théâtre, une bibliothèque, une salle de billard, le tout éclairé à la lumière électrique.

En outre de ces diverses constructions, il existe une colonie composée de deux divisions, une pour chaque sexe. La division des hommes, située à gauche de l'avenue, comprend 10 pavillons ; celle des femmes, à droite de l'avenue, 12 pavillons. Ces pavillons sont des *villas* qui diffèrent entre elles au point de vue du style et de l'aménagement; chacune a de 15 à 20 malades. Le service des bains est installé dans un grand bâtiment très bien aménagé ; on y voit une vaste piscine et deux baignoires pour bains électriques. Les ateliers, situés derrière les villas de la division des femmes, sont vastes, bien éclairés ; le bâtiment qui les renferme a 40 mètres de longueur et 20 mètres de largeur. On a organisé des ateliers de reliure, de menuiserie, de serrurerie, de tailleurs, de cordonnerie, de tapisserie. Du côté du domaine cultural se trouve un bâtiment où logent 60 malades occupés aux travaux agricoles. Le domaine

cultural a une superficie de 6,300 mètres carrés; il comprend, entre autres, un bâtiment d'habitation, des écuries, des étables pour 40 vaches, une porcherie (100 porcs), un poulailler.

La superficie de l'établissement tout entier est de 84 hectares. Derrière la chapelle se trouve l'amphithéâtre avec une salle d'autopsie et deux laboratoires, l'un pour le Directeur, l'autre pour les médecins. Ces laboratoires sont admirablement installés.

Dans le bâtiment qui sert d'école, les salles d'étude sont au rez-de-chaussée; elles contiennent chacune seize places. A côté des salles d'étude se trouve la *chambre d'attaques*, matelassée, qui conduit aux cabinets d'aisance. Les salles de réunion sont voisines des salles d'étude.

On semble considérer les résultats pédagogiques comme très douteux. (Krayatsch, *Reisebericht über die Besuche einiger deutscher Idiotenanstalten*. Jahrbücher f. Psychiatrie, t. XIV, f. 1 et 2, 1895.)

P. S.

VARIA.

La métallothérapie au temps de Charlemagne

Dans la petite brochure : *Les Quatre fils Aymon*, éditée par Charles Simond, chez H. Gautier, on lit le passage suivant qu'il nous semble bon de mettre sous les yeux de nos lecteurs :

« Comme le vieux cavalier parlait ainsi, le convoi de Pinabel, qu'on croyait mort et qu'on portait au tombeau, passa; Maugis s'approcha du vieux soldat et lui demanda quel était ce chevalier. « C'est, lui dit-il, un favori du roi, un méchant homme que Dieu a puni de ses crimes, et qu'on a trouvé mort subitement. — Il n'est pas mort, reprit l'ermite, il n'est qu'enchanté comme ces deux autres qu'on porte aussi au tombeau, ils dorment. Voulez-vous que je les réveille? — Je serais assez curieux de voir un désenchantement, reprit le soldat, mais je voudrais que ce fût sur tout autre que ces méchantes gens. — Comment connaissez-vous qu'ils ne sont qu'enchantés? Et comment avez-vous le pouvoir de les désenchanter? — Le charme est aisé à connaître, reprit Maugis, à la couleur de leurs traits; quant au pouvoir de les désenchanter, il consiste, comme vous l'avez très bien observé, dans ces médailles». Maugis qui savait le moment où le charme devait finir, donna une médaille au cavalier. « Vous pouvez, si vous voulez faire l'essai, accompagner le convoi, et, dans deux heures d'ici, quand on sera prêt à

les mettre dans le tombeau, dites qu'on suspende la cérémonie : *appliquez seulement un demi-quart d'heure la médaille sur le front des ensorcelés, et vous les verrez revenir peu à peu.* » Le cavalier remercia l'ermite et ne se vanta pas du présent qu'il lui avait fait, pour se ménager le plaisir de surprendre ses camarades. »

Croyance aux sorciers.

Sous le titre : *Une Mégère*, la *Justice* publie le fait suivant : « Une femme de Catane, du nom de Gaetana Stimoli, attirait en leur promettant des bonbons, des jouets, les enfants qu'elle rencontrait et leur faisait boire ensuite du vin mélangé à du phosphore. Les malheureuses victimes mouraient dans d'atroces douleurs. Vingt-trois enfants auraient été empoisonnés de cette façon. La femme Stimoli a été arrêtée ; elle a avoué ses crimes, disant qu'elle voulait se venger, parce que deux de ses enfants qui avaient été *ensorcelés* étaient morts. La foule, indignée, voulait mettre la mégère à mort. »

IVe CONGRÈS D'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE

Du 24 au 29 août 1896.

PROGRAMME

I. — *Biologie criminelle.*

1. Faits positifs démontrant le criminel-né. (Rapp. : Dr Morselli prof. de psychiatrie à Gênes.)
2. Dégénérescence et criminalité. (Rapp. : Dr Dallemagne, prof., de méd. légale, Bruxelles ; second rapporteur : Dr A. Baer, à Berlin.)
3. Tempérament et criminalité. (Rapp. : H. Ferri, prof. de droit, député, à Rome.)
4. Anomalie du sens génital au point de vue de la criminalité (Rapp. : Dr P. Garnier, médecin de la préfecture de police à Paris.)
5. L'inversion génitale. (Rapp. : Dr Magitot, membre de l'Académie de médecine, à Paris.)
6. Relation entre la prédisposition héréditaire et le milieu domestique pour la provocation du penchant criminel. (Rapp. : Bernardino Alimena, professeur de droit criminel à l'Université de Naples.)

II. — *Sociologie criminelle.*

1. L'anarchisme et le combat contre l'anarchisme au point de vue de l'anthropologie criminelle. (Rapp. : Van Hamel, prof. de droit à Amsterdam.)
2. De l'influence de la légitimité ou de l'illégitimité de la nais-

sance sur la criminalité. (Rapp. : TARDE, chef du bureau de statistique au ministère de la justice à Paris.)

3. La criminalité professionnelle. (Rapp. : TARDE, à Paris.)
4. Combinaison de la statistique criminelle avec celle des professions. (Rapp. : Dr KURELLA.)
5. Les vols dans les grands magasins. (Rapp. : Dr LACASSAGNE, prof. à Lyon.)
6. Conséquences sociales de l'alcoolisme des ascendants au point de vue de la dégénérescence, de la morale et de la criminalité. (Rapp. : Dr LEGRAIN de Ville-Evrard, à Paris.)
7. Relations du droit et de l'anthropologie. (Rapp. : Paul OTLET, avocat à Bruxelles, et COMITÉ RUSSE.)
8. Quels sont parmi les facteurs de la criminalité ceux que la statistique devrait surtout mettre en relief? Comment les données relatives à ces facteurs devraient-elles être recueillies et groupées? (Rapp. : Chs DELANNOY (docteur en droit), attaché au ministère de la justice, Bruxelles.)
9. Criminalité féminine. (Rapp. : COMITÉ RUSSE.)
10. Influence de la Presse sur la criminalité. (Dr Paul AUBRY, à Saint-Brieuc.)

III.— *Psychologie et psychopathologie criminelles.*

1. La préméditation obsessive. (Rapp. : Dr SEMAL, à Mons, Belgique.)
2. De la folie méconnue. Conséquences pénales; nécessité d'une intervention médicale plus fréquente. (Rapp.: Dr P. GARNIER, à Paris.)
3. Responsabilité pénale (Rapp. : Dr MANOUVRIER, prof. à Paris.)

3 (*bis*). Les fondements et le but de la responsabilité pénale. (Rapp. : Dimitri DRILL, (Saint-Pétersbourg.)

4. Les suggestions criminelles envisagées au point de vue de la captation des testaments et des faux témoignages suggérés. (Rapp. : Dr BÉRILLON, à Paris.)
5. Le diagnostic de la « Moral Insanity » et son rapport avec la responsabilité criminelle. (Rapp. : Dr M. BENEDIKT, prof. à Vienne.)
6. Les persécuteurs processifs. (Rapp.: Dr BALLET, prof. agrégé à Paris.)
7. Sur la valeur médico-légale du somnambulisme alcoolique (proposé par M MIERZEJEWSKI, professeur à Saint-Pétersbourg. (Rapp. : Dr Xavier FRANCOTTE. prof. à Liège.
8. Considérations générales sur la psychiatrie criminelle (Rapp. : Dr NËCKE, Hubertusburg).
9. Les facteurs pathologiques du vagabondage (Rapp. : Dr MENDEL, prof. à Berlin.

IV. — *Applications légales de l'anthropologie criminelle.*

1. L'emprisonnement cellulaire doit être interdit relativement à certains détenus dont il favorise les penchants criminels ; tel est le cas notamment pour ceux chez qui on observe l'existence d'obsessions morbides. (Rapp. : Thiry, prof. à Liège et Comité russe.)
2. Influences anthropologiques en matière de capacité et de responsabilité civiles. (Rapp. : Abbé De Baets, à Gand, et De Baets, avocat et prof. à Gand.)
3. Le traitement du criminel d'occasion et du criminel-né, selon les sexes, les âges, les types, etc. (Rapp. : Dr Lombroso, prof. à Turin.)
4. Dans quelles limites et par quelles conditions la récidive peut-elle servir pour désigner les malfaiteurs de profession et les malfaiteurs incorrigibles? (Rapp. : L. Carelli, substitut du procureur du roi à Rome.)
5. Quelle classification des criminels pourrait-on adopter, laquelle, tout en étant fondée sur des caractères physiologiques et moraux, pourrait être utilisée par la législation pénale? Rapp. : Baron Garofalo, conseiller à la cour d'appel de Naples.)
6. L'influence du droit positif sur les actes punissables. (Rapp. : (Dr Julius Ofner, avocat à Vienne.)
7. Quelle devrait être la position du médecin-expert devant la loi ? (Rapp. : Comité russe.)
8. Sur les mesures pénales à prendre au sujet des mineurs délinquants. (Rapp. : Dr Th. Roussel, sénateur, à Paris.)
9. Sur quelques types de criminels au point de vue de leur traitement pénal. (Rapp. : Comité russe.)
10. Quelles sont les mesures propres à faire connaître la personnalité physiologique, psychologique et morale du prévenu qui permettent aux magistrats et aux avocats d'apprécier l'opportunité d'une expertise médicale ? (Xe vœu du Congrès de Bruxelles.) (Rapp. : Maus, Bruxelles.)

V. — *Applications administratives de l'anthropologie criminelle.*

1. Toute œuvre de patronage des délinquants, enfants ou adultes, doit soumettre ses patronnés à un examen anthropologique destiné à découvrir les causes de la criminalité, ainsi que les moyens de la détruire. (Rapp. : Thiry, prof. de droit criminel à Liège.)
2. Le traitement physique des prisonniers, principalement des jeunes délinquants et des dégénérés, tant dans le système de l'emprisonnement en commun que dans le système cellulaire. (Rapp. : Brockway, directeur du Reformatory à New-York.)

3. Education des fils de criminels. (Rapp. : Dr De Baets, à Gand; abbé De Baets, à Gand.)
4. L'enseignement de l'anthropologie criminelle. (Rapporteur : Dr Lacassagne. prof. à Lyon.)
5. Quelles sont les mesures à prendre à l'égard des buveurs d'habitude délinquants? Faut-il les maintenir dans les prisons? N'y aurait-il pas plus d'avantage pour la morale et la société à les faire traiter et à essayer de les guérir ? (Rapp. : Dr Magnan, à Sainte-Anne, Paris.)
6. Inspection mentale des détenus dans les prisons. (Rapp. : Dr P. Garnier, à Paris.)
7. Résultats obtenus par l'anthropométrie au point de vue de la criminalité. Quelles sont les lacunes à combler ? (Rapp. : A. Bertillon, chef du service de l'Identité judiciaire, à Paris.)
7 (*bis*). Empreintes digitales. (Rapp. : Francis Galton, à Londres.)
8. De la nécessité d'organiser sur des données scientifiques sérieuses l'éducation correctionnelle. (Rapp. : Dr Motet, à Paris.)
9. Les modes de prévenir l'évolution de la criminalité. (Rapp. : Dr Jean Malarewsky, Saint-Pétersbourg.) :

Communications annoncées :

Histologie de l'écorce cérébrale chez les criminels et les épileptiques. (Rapp. : Dr Roncoroni, à Turin.)
Histoire des progrès de l'anthropologie et de la sociologie criminelles depuis 1890. (Rapp. : Prof. Lombroso, à Turin.)
De la suggestion hypnotique envisagée comme adjuvant à la correction paternelle. (Rapp. : Dr Bérillon. à Paris.)
De la nécessité de pratiquer le détatouage des jeunes détenus par voie de correction. (Rapp. : Dr Bérillon, à Paris.)
Par quels moyens peut-on recueillir des renseignements sur les détenus dans les prisons pour le but des études sociologiques et pénitentiaires, et quels doivent être ces renseignements? (Rapp. : Comité russe.)
Aperçu statistique sur les prisons de la Suisse. (Rapp. : J. Cuénoud, ancien directeur de la police centrale à Genève.)
Thème réservé. (Rapp. : Scipio Sighele, à Rome.)

NÉCROLOGIE.

Le Dr Auguste Tebaldi, mort en septembre dernier, était né en 1833, à Verone, fut reçu docteur à Padoue, en 1859, fit la même année la campagne du Piémont comme médecin militaire, visita ensuite les Facultés de Paris et de Berlin, et se fixa à Padoue comme *docent* de psychiâtrie, puis devint professeur titulaire. Son principal ouvrage est intitulé : *Fisonomia ed Espressione studiate nelle loro deviazioni con un appendice salla espressione del delirio nell'arte*, 1884. Citons encore : *Del sogno; — Alienats ed alienisti; —Napoleone*, une page d'histoire psychologique du génie, paru en 1895.

Chiais (F.). — *Les eaux d'Evian dans l'arthritisme, la neurasthénie, la goutte.* — Brochure in-8° de 44 pages. — Paris, 1896. — Société d'éditions scientifiques.

Grasset (J.). — *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Éloi de Montpellier* (novembre 1890, juillet 1895), 2e série. — Volume in-8°, de 787 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, 1896. — G. Masson.

L'Année psychologique, publiée par MM. Beaunis (H.), Binet, avec la collaboration de MM. Ribot (Th.), Victor Henri, Azoulay, Biewlict, Bourdon, Chaslin, Courtier, Flournoy, Forel, Gley, Passy, Philippe, Xilliez et Mlle Sczawinska. — Deuxième année, 1895. — Volume in-8° de 1,010 pages. — Prix : 15 francs. — Paris, 1896. — Librairie F. Alcan.

Raffalovich (M.-A.). — *Uranisme et unisexualité.* — Volume in-8° relié de 363 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, 1896. — Librairie G. Masson.

Roskam. — *Épilepsie et volonté.* — Brochure in-8° de 8 pages. — Liège, 1895. — Imprimerie G. Faust.

AVIS AUX ÉDITEURS. — *Tout ouvrage dont* **deux** *exemplaires seront remis aux* **Archives** *sera annoncé et analysé. Ceux dont* **un** *seul exemplaire aura été reçu seront simplement annoncés.*

Le rédacteur-gérant : Bournevillé.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 596.

Vol. I. Juin 1896. N° 6.

ARCHIVES DE NEUROLOGIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

LES NEURONES[1].

LES LOIS FONDAMENTALES DE LEURS DÉGÉNÉRESCENCES

Par le Dr M. KLIPPEL,
Chef de laboratoire de la Clinique des maladies mentales.

La pathologie a généralement profit aux notions de structure et de physiologie des organes. En est-il ainsi en ce qui concerne la doctrine du neurone? A l'heure actuelle la manière de comprendre la structure du système nerveux, pris dans son ensemble, n'est plus celle qui régnait il y a quelques années. A cette époque les éléments nerveux formaient à leurs terminaisons des réseaux centraux; aujourd'hui les éléments nerveux, au lieu de s'anastomoser, se mettent simplement en contact les uns avec les autres, et l'ensemble est ainsi formé de particules élémentaires relativement indépendantes. Toutes ces particules sont analogues; elles constituent les unités du tout.

L'unité nerveuse se nomme *neurone*.

Cette doctrine nouvelle comporte des données physiologiques et pathologiques, nouvelles elles aussi; de plus, elle contribue, à notre avis, à rendre plus claires les notions de

[1] Ce mémoire est l'exposé de leçons que nous avons faites en février 1896, à la Clinique de notre maître, le professeur Joffroy. Nous sommes heureux de lui exprimer en cette occasion toute la reconnaissance que nous lui devons.

pathologie nerveuse que nous devons à des travaux relativement plus anciens.

S'il existe une unité nerveuse, un *neurone*, sa morphologie, sa physiologie, sa pathologie doivent, en quelque sorte, représenter en miniature, la structure, la physiologie, la pathologie du système nerveux tout entier.

Nous étudierons tout d'abord le *neurone* d'une façon isolée, cherchant à dégager les lois principales qui le régissent, envisagé sous sa triple individualité anatomique, physiologique et pathologique.

En second lieu, nous tenterons la même étude en tenant compte des relations des neurones entre eux et envisagés sous le rapport de leurs réactions de l'un à l'autre.

I. — Anatomie et pathologie du neurone envisagé isolément.

L'un des premiers avantages de la théorie du neurone est de permettre de faire une étude générale les yeux fixés sur un élément unique, très simple, en laissant tout d'abord de côté la complexité du système nerveux pris dans son ensemble.

On peut définir le neurone : une cellule nerveuse avec ses divers prolongements, ses prolongements protoplasmiques qui le mettent en rapport avec les neurones voisins, son prolongement cylindraxe qui établit les mêmes connexions ou qui s'en va jusqu'aux muscles, à la peau, aux organes des sens, etc., etc.

La cellule nerveuse est connue depuis longtemps et Deiters, en établissant l'origine cellulaire des cylindraxes, avait sans doute indiqué le point le plus important de sa structure. On connaissait d'ailleurs aussi les prolongements protoplasmiques. De la sorte, ce qui justifie ce terme nouveau de neurone, c'est-à-dire l'unité nerveuse, c'est que chaque cellule nerveuse, chaque neurone, est un petit organisme séparé, n'affectant avec ses voisins que des relations de *contiguïté*, *non de continuité*.

Pour en arriver à cette conception il fallait démontrer que les nombreux prolongements de la cellule nerveuse ne s'anastomosent pas pour former un réseau ; il fallait partout briser le réseau de Gerlach pour établir l'indépendance de la cellule nerveuse. Or, en 1874, Golgi, faisant usage d'une nouvelle

technique histologique, démontra que les prolongements protoplasmiques des cellules nerveuses ne s'anastomosaient pas, qu'ils se déterminaient au contraire librement. Plus tard, Ramon y Cajal montra que le prolongement nerveux lui aussi se termine sans s'anastomoser avec les prolongements des éléments voisins. *Dès lors le réseau, rompu des deux côtés, fait apparaître l'élément nerveux comme isolé dans ses rapports de continuité.* Et Waldeyer put dès lors créer, fort à propos, le terme de neurone pour désigner l'unité nerveuse.

A. *Morphologie générale et physiologie du neurone.* — Les neurones peuvent être de petites ou de grandes cellules nerveuses, leurs prolongements peuvent former de très riches arborisations ou être beaucoup plus réduits, leurs prolongements nerveux peuvent être si courts qu'ils se ramifient simplement au voisinage du corps cellulaire dont ils émanent ou, au contraire, aller à travers un nerf périphérique, de la moelle épinière à un muscle des extrémités, par exemple; les variations, en un mot, de formes et de dimensions peuvent être considérables; mais peu importe, les différences, les analogies sont toujours telles que le neurone est le même partout. On peut lui considérer trois portions :

1° Une portion centrale qui est constituée par un protoplasma cellulaire (nous reviendrons sur les détails de sa structure en parlant de ses lésions) et d'un noyau. La forme, l'aspect, les différences relatives de ces cellules suivant les régions de la moelle, du cervelet, de la substance corticale du cerveau, sont des faits trop connus pour y insister ici.

2° Des prolongements protoplasmiques que dans les travaux récents on nomme *dendrites*[1]. Ces prolongements du neurone se ramifient dans son voisinage en formant des arborisations hérissées de petites saillies et se terminent librement par un panache. Ces prolongements dendritiques se mettent en contact avec des prolongements cylindraxes d'un autre neurone; c'est ce que Ramon y Cajal appelle l'*articulation des neurones.*

Ces prolongements, qu'on oppose aux prolongements neuraux (neurit ou cylindraxe), sont généralement très courts par rapport à ces derniers. Cependant on les voit naître par

[1] Le mot *dendrites* est tiré de la minéralogie où il sert à désigner des figures qui représentent des végétaux par le fait de l'agrégation d'une multitude de petits cristaux qui se groupent de façon à donner l'aspect d'une arborisation.

exemple d'une cellule de la corne antérieure de la moelle et passer par la commissure pour aller se ramifier dans la corne du côté opposé. Il y a même bien plus : il est permis de considérer comme un prolongement dendritique celui qui, partant d'un des pôles d'une cellule du ganglion intervertébral, s'en va à travers le nerf sensible se terminer dans la peau. Le prolongement neural de ces mêmes cellules va à travers la racine postérieure se ramifier dans la moelle. Bien des arguments sont en faveur de cette façon de considérer le prolongement périphérique du tube en T, de la cellule du ganglion intervertébral. L'embryologie démontre d'ailleurs que primitivement la cellule en question a deux pôles opposés et que le tube en T n'est qu'un résultat secondaire.

On pourrait objecter que les prolongements dendritiques n'ont pas ailleurs de gaine de myéline et que celle-ci caractérise les prolongements du second ordre. Nous ferons remarquer qu'une telle loi n'a rien d'absolu, car il y a nombre de prolongements cylindraxes qui n'ont pas de gaine de myéline. La gaine de myéline qui entourerait les dendrites du neurone intervertébral nous apparaît comme un résultat de leur long trajet et de leur importance physiologique. Cette gaine de myéline n'est-elle pas en effet, un appareil, non pas nécessaire, mais un appareil de perfectionnement? Ce serait pour cette raison qu'on ne la retrouverait plus sur les cylindraxes très courts et aussi qu'elle n'existerait pas encore sur les collatérales des neurones cérébraux dans la première semaine après la naissance (Flechsig), c'est-à-dire avant le développement des fonctions psychiques.

Enfin il faut ajouter que les différences des deux ordres de prolongements ne sont pas fondamentales; le cylindraxe doit apparaître comme simplement plus différencié que les dendrites qui sont eux-mêmes fibrillaires jusqu'à un certain point. (Rappelons à ce sujet les travaux de Benda.) Dès lors il n'y a rien d'extraordinaire à trouver cette gaine de myéline sur des prolongements dont la fonction physiologique est si importante et si spéciale. Si nous insistons sur ce fait, c'est qu'il a une grande importance au point de vue pathologique, il en sera question plus loin.

3° Un prolongement cylindraxe ou neural (neurit des Allemands). C'est, pour citer un exemple le prolongement de Deiters dans le neurone qui de la corne antérieure de la

moelle va au muscle. Le prolongement cylindraxe ou neural naît soit du corps de la cellule, soit de l'un de ses dendrites. Dans son trajet il émet des branches collatérales plus ou moins nombreuses, nombreuses surtout sur le trajet des fibres sensibles, plus rares sur les fibres motrices. Sa terminaison, quand elle a lieu dans le système nerveux central, se fait par des extrémités libres se mettant en contact avec les prolongements dendritiques d'un neurone voisin pour constituer l'articulation des neurones.

Habituellement le cylindraxe ou neurit est unique, mais il existe des neurones polyneuriques où celui-ci est multiple; c'est le type décrit par Cajal.

Si le prolongement nerveux est très long on a le type Deiters du neurone ou le premier type de Golgi, ou si l'on veut le type de Deiters-Golgi. Si le prolongement est court on a le deuxième type de Golgi. Enfin il y a, mais rarement, des neurones qui n'ont que des prolongements dendritiques; d'autres que des prolongements neuraux. Ces notions d'histologie du neurone sont encore complétées par l'étude embryologique qui montre que chacun d'eux dérive d'un *neuroblaste* et forme un tout dès l'origine.

Le neurone se présente donc en résumé comme une cellule ayant des prolongements dendritiques et généralement un seul prolongement cylindraxe ou neural. *Les prolongements de ces deux variétés se terminent librement sans s'anastomoser avec ceux des neurones voisins*. Telle est la morphologie du neurone; nous retrouverons plus loin les détails de sa structure en étudiant ses dégénérescences.

Ce que nous savons actuellement de la physiologie du neurone peut se résumer en peu de mots : *Chaque fois que l'influx nerveux de quelque nature qu'on le suppose, gagne le centre de la cellule il suit les prolongements dendrites, chaquefois qu'il s'échappe du corps de la cellule pour s'en éloigner il suit le prolongement cylindraxe.*

Supposons une impulsion motrice partant de l'écorce du cerveau pour se rendre à un muscle; le courant nerveux qui s'éloigne à ce moment du centre d'une cellule de l'écorce suit son prolongement cylindraxe jusqu'au point où il se termine librement dans la corne antérieure de la moelle. En ce point le courant est repris par un nouveau neurone dont il gagne le centre en suivant des prolongements dendritiques; puis il

quitte le centre de ce deuxième neurone, pour gagner la périphérie; à ce moment il est de nouveau repris et conduit à destination (au muscle) par un prolongement cylindraxe.

La même loi se retrouve dans la chaîne plus compliquée des neurones qui portent les impressions sensibles parties de la périphérie, à travers les neurones de la moelle, du bulbe, etc., dans les couches corticales. Nous nous sommes efforcé d'accumuler les arguments qui au point de vue anatomique permettaient de considérer les fibres de la sensibillté dans leur trajet compris entre la cellule du ganglion intervertébral et la périphérie, comme constituées par les prolongements dendrites de cette cellule. La loi physiologique qui vient d'être indiquée confirme complètement cette manière de voir.

L'impression sensible au moment où elle part de la peau pour arriver au ganglion intervertébral marche en effet vers le centre du neurone qui forme les cellules de ces ganglions; elle doit donc suivre les prolongements dendritiques.

Ensuite, au moment où arrivée au corps cellulaire, cette impression va gagner la moelle, elle s'éloigne du centre du neurone et doit suivre par conséquent un prolongement cylindraxe.

Au point de vue physiologique le neurone qui va de la peau à la moelle a donc ses prolongements dendritiques dirigés vers la périphérie; son prolongement neural dirigé vers la moelle.

Les mêmes considérations sont applicables aux neurones commissuraux et d'association des différentes zones psychiques

B. *Pathologie du neurone considéré isolément.* — S'il est permis de prendre pour type d'une description anatomique un neurone et de lui assigner des caractères généraux appartenant à tous les neurones, le même procédé peut être appliqué à la pathologie. Les mêmes lésions, envisagées dans une unité nerveuse se pourront rencontrer avec le même aspect dans toutes les autres unités. *Le neurone formant un tout il est logique d'admettre que la lésion d'une de ses parties retentisse forcément sur l'ensemble à un certain degré.*

Supposons un neurone avec son centre cellulaire et ses prolongements des deux variétés; supposons une section horizontale passant transversalement en un point de son prolongement cylindraxe, les deux portions séparées vont présenter des lésions, celle qui constitue le centre cellulaire, son noyau et un tronçon du prolongement neural aussi bien que celle

qui se résume dans le bout périphérique de ce dernier. Seulement les deux lésions ne seront pas identiques. Le bout périphérique va dégénérer suivant la loi de Waller, le bout central va s'altérer suivant le processus de la dégénérescence dite rétrograde.

Mais ce qu'il importe de souligner c'est que le neurone tout entier se trouvera atteint. Lorsque Waller, considérant les deux extrémités des sections, écrivit : « le bout périphérique dégénère », il formula une des lois les plus générales et les plus incontestées de la pathologie nerveuse. Lorsqu'il ajouta : « le bout central reste intact », il indiqua un fait inexact, car pour être le siège d'une lésion, d'un aspect différent, cette lésion n'en existe par moins dans cette dernière portion. Ce dernier fait peut se résumer de la manière suivante : la loi de Waller n'est pas exacte *dans ce qu'elle a d'exclusif.*

Dans un mémoire[1] en collaboration avec M. Durante, nous avons insisté sur ce fait en faisant concourir à sa démonstration dans la moelle, l'encéphale et les nerfs périphériques un nombre considérable de documents. Cette donnée nouvelle de la double dégénérescence s'explique mieux avec la conception du neurone qui place dans un isolement relatif le bout central du neurone en le montrant moins lié au reste du système nerveux et d'autre part en établissant l'unité de l'élément que nous supposons altéré.

La portion sectionnée du cylindraxe y compris ses collatérales séparée du reste du neurone s'altère profondément, sa lésion se fait avec rapidité, elle aboutit non seulement à la destruction fonctionnelle, mais à la destruction matérielle, la myéline se fragmente et résorbe, le cylindraxe se détruit et disparaît, plus ou moins complètement; au dernier terme, souvent réalisé, il ne reste plus rien de la structure primitive. On a l'ensemble des lésions qui caractérisent habituellement la dégénérescence wallérienne. L'autre portion du neurone, celle qui conserve le centre cellulaire offre des lésions moins aiguës et moins destructives : ce sont celles que nous avons regardées dans le travail précédemment cité, d'après les observations des auteurs et les nôtres, comme caractérisant la dégénérescence ou mieux l'atrophie rétrograde dans sa forme typique.

[1] *Revue de Méd.*, janvier 1895 et numéros suivants. Des dégénérescences rétrogrades dans les centres nerveux et les nerfs périphériques. — Voir aussi la thèse de Durante, Paris, 1895, sur le même sujet.

Nous devons supposer de même que les prolongements dendritiques du neurone dégénèrent dans les cas où pourrait se trouver réalisée la même séparation que nous venons de supposer, pour le prolongement cylindraxe. Ici nons n'avons pas, on le comprend, les expériences si souvent réalisées en pathologie expérimentale, à moins d'admettre, ainsi que nous l'avons fait, que les nerfs sensibles sont des dendrites.

Ce que nous savons, c'est que la pathologie montre chaque jour que dans les lésions, même peu marquées du centre du neurone, on a déjà une destruction plus ou moins complète de ses dendrites. Avec la méthode Golgi nous avons pu constater cette dernière lésion au début de la paralysie générale [1]. *Au point de vue pathologique les prolongements dendrites semblent donc suivre les mêmes lois de dégénérescence que les prolongements neuraux.*

Dans d'autres cas plus rares, le neurone sectionné dégénère dans ses deux fragments d'une manière complète, c'est-à-dire dans le bout central au même degré de destruction que dans le bout périphérique. La dégénérescence qui est physiologiquement rétrograde dans le bout central n'a plus alors son caractère particulier : au point de vue anatomique elle se confond dans sa forme, si non par sa pathogénie, avec la dégénérescence wallérienne.

D'ailleurs la réciproque peut s'observer parfois dans le bout périphérique.

Nous rappellerons, en effet que Schiff a retrouvé le cylindraxe non détruit dans le bout périphérique des nerfs sectionnés. En répétant ses expériences avec la nigrosine, nous avons pu arriver à des résultats moins évidents en ce sens que cette conservation du cylindre d'axe était au moins fort inconstante.

Le bout central peut donc parfois dégénérer par un processus anatomique semblable à celui du bout périphérique, et réciproquement. Ces exceptions aux lois fondamentales de la dégénérescence des fragments du neurone ont, à notre avis, cette importance qu'elles montrent qu'il y a des conditions qui échappent aux données d'une simple expérience. *La résistance vitale* des portions du neurone sectionné doivent entrer en ligne de compte; l'expression est vague, mais elle est nécessaire dans notre ignorance actuelle.

[1] Travail en collaboration avec le Dr Azoulay. (*Arch. de Neurologie*, août 1894.)

Ce que nous appelons *résistance vitale* est sans doute le résultat d'un grand nombre de conditions, comme des collatérales nombreuses reliant encore la portion détachée du centre du neurone à la fonction des neurones voisins, peut-être la fonction des neurones voisins suppléant au centre perdu pour le bout périphérique sectionné, etc. La distance du centre à laquelle la section est faite paraît en tout cas jouer un certain rôle.

Quoi qu'il en soit, les *dégénérescences wallérienne ou rétrograde des neurones reconnaissent des conditions sans doute multiples et complexes, ce qui rend compte de leurs modalités différentes, tandis que les lésions primitives sont identiques.* Ces sections du prolongement cylindraxe des neurones sont, on le sait, chose commune en pathologie; c'est ce qui a lieu pour toutes les lésions en foyer circonscrit siégeant dans les nerfs, dans le cerveau et la moelle. Il en résulte que cette double dégénérescence du neurone au-dessus et au-dessous de la lésion est un fait souvent observé en pathologie. C'est ainsi que la névrite périphérique, la section expérimentale des nerfs, par exemple, sont toujours accompagnées d'une lésion rétrograde s'effectuant en sens contraire de la loi de Waller. Et les mêmes faits s'observent lorsqu'il s'agit de lésion sur le trajet des neurones centraux[1].

Seulement le degré de cette lésion est plus variable et moins évident que celle du bout périphérique. Elle demande pour être reconnue, du moins dans beaucoup de cas, l'emploi des méthodes de Marchi pour l'examen des tubes nerveux et de Nissl pour l'examen de la portion cellulaire du neurone. Cette dernière méthode a donné de très beaux résultats en matière d'expérimentation puisqu'on a pu rencontrer des lésions évidentes des granulations chromatiques du protoplasma cellulaire déjà accusées quarante-huit heures après l'arrachement d'un nerf moteur comme le facial[2]. La pathogénie de la dégénérescence wallérienne se résume dans la suppression du centre trophique. Il serait surperflu d'y insister davantage.

Le mode de développement dans le neurone sectionné de

[1] Voir pour la bibliographie notre mémoire cité plus haut. (*Revue de Méd.*, 1895, janvier et numéros suivants.)

[2] Voir le même mémoire cité plus haut pour l'indication bibliographique des auteurs qui ont établi ce fait.

l'atrophie que nous appelons rétrograde est plus obscur. Marinesco et Goldscheider admettent un repos fonctionnel du centre du neurone qui, s'altérant sous cette influence, commanderait la dégénérescence des ramifications restées en connexions avec ce centre. Nous n'avons pas de critiques à faire à cette manière de voir, mais nous ferons remarquer que cette dernière modalité de lésion prise dans sa complexité n'est pas semblable à celle qui préside à la lésion du bout périphérique du neurone et cela ni par sa pathogénie, ni par son degré habituel. Quelles que soient les analogies entre ces deux variétés d'altérations, il y a lieu de les distinguer.

Le prolongement cylindraxe d'un neurone étant sectionné expérimentalement ou par une lésion en foyer il y a donc lieu de réserver à la lésion du bout périphérique le nom de dégénérescence Wallérienne; à celle du bout central le nom de dégénérescence ou d'atrophie rétrograde, tout en acceptant d'ailleurs certaines analogies.

Telles sont les deux variétés de lésions les plus importantes que peut offrir un neurone envisagé comme unité pathologique. Mais les neurones qui composent le système nerveux sont en rapport les uns avec les autres; les neurones réagissent les uns sur les autres et ce fait, important encore au point de vue pathologique, va faire l'objet des lignes suivantes.

II. — Pathologie des systèmes de neurones.

Le neurone qui est le même partout forme, en se mettant au contact avec les neurones voisins, des chaînes de neurones qui constituent des systèmes physiologiques. L'une de ces chaînes de neurones constitue le système moteur; une autre forme le système sensitif; d'autres chaînes de neurones unissent de distance en distance dans la moelle, dans l'encéphale, ces deux grandes lignes physiologiques; ce sont des neurones d'association ou des neurones commissuraux. Mais quel que soit le genre d'impressions qu'ils transportent où élaborent, insistons encore une fois sur ce point : ces neurones ont une morphologie et une structure pareille, la question de détail (dimension forme, longueur des prolongements, etc.) étant mise à part.

C'est précisément cette uniformité de structure qui autorise en pathologie des déductions touchant à la fois les neurones

d'association, de mouvement, de sensibilité, etc. D'ailleurs, au point de vue physiologique, la force, quelle que soit sa nature, qui traverse le système nerveux en donnant lieu aux phénomènes de la sensibilité, du mouvement, de la pensée, est toujours la même, mais seulement transformée, par exemple, de sensibilité en mouvement. Les expériences des physiologistes n'ont-elles pas démontré que le cylindraxe moteur était apte à conduire vers les centres les impressions de la sensibilité, du moment où il est mis en rapport avec un organe de sensibilité ?

Un neurone du corps calleux, par exemple, est donc au point de vue de sa structure analogue à l'archineurone[1] ou au téléneurone du système moteur. Comme eux il se compose d'un centre cellulaire siégeant dans les circonvolutions cérébrales, de dendrites, d'un prolongement cylindraxe donnant naissance à des collatérales, qui va se terminer dans les circonvolutions de l'hémisphère opposé sous forme de ramifications libres. De même de tous les neurones, à cylindraxes courts comme les cellules du second type de Golgi ou à longs prolongements, formant des systèmes d'association dans des départements plus ou moins éloignés, etc., etc.

Ce que nous nous proposons d'essayer d'établir, c'est qu'au point de vue pathologique les lois de la dégénérescence des neurones sont dans les voies psychiques, motrices et sensibles, conformes à cette unité de structure, c'est-à-dire les mêmes dans ces trois ordres de systèmes physiologiques.

A. *Pathologie des neurones du système moteur.* — Considérons séparément chacun de ses systèmes. Et d'abord le système moteur.

Deux neurones suffisent à établir la communication entre l'écorce cérébrale et les muscles, c'est-à-dire que la chaîne motrice se compose de deux neurones. Le premier archineurone a sa cellule d'origine dans la zone motrice de l'écorce ; son prolongement cylindraxe descend dans la capsule interne, le pédoncule, le bulbe et arrive dans la corne antérieure de la moelle où il se termine au contact des prolongements dendrites du second neurone. Ce second neurone (*téléneurone*) est

[1] Dans une chaîne de neurones, on nomme archineurone le neurone qui est le plus rapproché du centre, et téléneurone, celui qui est le plus périphérique (Waldeyer, Flatau).

une cellule de Deiters dont le prolongement cylindraxe s'en va dans le muscle à travers la racine antérieure et le nerf.

Ce système est relativement très simple. Partie de l'écorce, l'impression nerveuse suit le cylindraxe en s'éloignant du centre de l'archineurone ; elle parvient à son extrémité ; elle est recueillie par les dendrites du téléneurone qui la conduisent au centre de ce neurone, centre qu'elle abandonne ensuite en suivant de nouveau un prolongement cylindraxe jusqu'au muscle. S'il existe deux neurones dans la voie motrice, trois cas peuvent se rencontrer en pathologie : 1° l'archineurone est dégénéré seul ; 2° le téléneurone est dégénéré seul ; 3° les deux neurones sont dégénérés simultanément.

Un type morbide clinique correspond très particulièrement à chacune de ces éventualités. Chacun de ces types a été décrit en clinique comme évoluant isolément bien avant qu'on connut la doctrine des neurones. Mais ce qu'il est intéressant de remarquer c'est qu'en raison de cette doctrine chacune de ces grandes modalités cliniques correspond justement à la lésion isolée ou combinée des deux neurones.

1° La dégénérescence isolée de l'archineurone de la chaîne motrice, celui qui va de l'écorce à la moelle et dont le prolongement neural suit le faisceau pyramidal, entraîne des symptômes qui correspondent au *tabes spasmodique*. On a de la parésie, de l'exagération des réflexes, des phénomènes de trépidation épileptoïde et de la contracture. Ce grand syndrome clinique est le résultat de toutes les affections qui frappent les neurones qui constituent le faisceau pyramidal et l'on sait combien est fréquente cette dégénérescence du faisceau pyramidal.

2° Les dégénérescences isolées du téléneurone, celui qui va de la corne antérieure au muscle, donnent lieu, de leur côté, à un tableau clinique dont les lignes ne sont pas moins connues et précises et qui est en quelque sorte, l'opposé de ce que l'on observe dans les maladies du neurone précédent ; ce tableau est celui de l'*atrophie musculaire progressive*. Les muscles s'atrophient ; les paralysies ne se produisent qu'en raison du degré de cette atrophie qui n'est jamais absolue ; les réflexes diminuent ou sont abolis ; il n'y a aucun phénomène de contracture ; les membres ne sont déformés que par des rétractions.

3° En supposant que les *deux neurones* précédents soient

.ésés l'un et l'autre, le tableau clinique sera encore différent et nous fournira le troisième des grands syndromes moteurs que nous montre chaque jour la clinique, celui de la *sclérose latérale amyotrophique*. On aura réunis et combinés les manifestations des deux variétés précédentes. Il y aura l'atrophie musculaire, ce caractère principal des dégénérescences du téléneurone et de plus il y aura des phénomènes de contracture qui appartiennent aux destructions de l'archineurone.

Dans cette vue d'ensemble des maladies du système moteur, chaque grand syndrome, dégagé depuis longtemps, apparaît donc comme le résultat de la destruction de tel ou tel neurone de la chaîne motrice. Et à ce point de vue la doctrine du neurone, sans rien simplifier d'ailleurs, éclaire du moins les notions que nous possédons déjà en les faisant apparaître comme plus logiques et plus précises.

Il est nécessaire, avant d'abandonner la chaîne motrice des neurones, d'examiner ce qui se passe ultérieuremeut dans les neurones de cette chaîne lorsque l'un deux venant à dégénerer le second se trouve placé par le fait dans des conditions physiologiques nouvelles. On vient de voir que chacun des neurones de la chaîne pouvait être affecté simultanément ou isolément. Dans ce dernier cas, le neurone resté indemne de lésion peut être épargné pendant très longtemps ; mais le voisinage d'un neurone altéré et dont la fonction est si étroitement liée à la sienne ne peut pas rester indifférent pour lui. A un degré ou à un autre, tôt ou tard ce neurone s'altère à son tour. On a alors une maladie de neurone à neurone, une *dégénérescence de transmission* qui est du plus haut intérêt en pathologie. Cette variété diffère, on le comprend sans peine, du cas où les deux neurones sont frappés simultanément par un même agent morbide.

Il importe d'étudier cette lésion de transmission suivant que c'est l'archineurone dont la dégénérescence entraîne à plus ou moins longue échéance celle du téléneurone, ou réciproquement. Supposons, par exemple, un foyer cérébral sectionnant l'archineurone au niveau de la capsule interne, d'où la dégénérescence descendante du prolongement neural de ce neurone, c'est-à-dire la lésion du faisceau pyramidal. Eh bien, dans ce cas, le téléneurone va s'altérer à son tour et la maladie va emprunter quelque chose des signes de la sclérose latérale amyotrophique ; l'hémiplégie avec contracture va se compli-

quer d'un peu d'atrophie musculaire impliquant la participation du neurone périphérique. A un léger degré, la maladie est presque, suivant une expression devenue classique, « une lésion fonctionnelle ». Mais souvent elle dépasse ce stade et aboutit à une lésion nettement visible à l'autopsie. Ce qu'il importe de connaître, c'est comment se fait cette lésion et quelle elle est de par sa pathogénie.

Les recherches que nous avons pu faire sur ce point confirment la manière de voir des auteurs qui ont établi que la dégénérescence se faisait, dans ce cas, de l'extrémité musculaire du neurone vers son centre spinal. En d'autres termes, la lésion du neurone supérieur influence le neurone suivant à son extrémité périphérique. C'est là que la lésion débute, et c'est aussi là qu'elle peut rester longtemps localisée, sans remonter jamais tout le trajet du cylindraxe. Dans cette dernière condition, le centre du neurone reste, ou mieux paraît rester intact.

La dégénérescence de l'archineurone moteur détermine donc dans le neurone périphérique une lésion de propagation qui débute à l'extrémité musculaire du cylindraxe de ce dernier et qui peut rester localisée à cette extrémité. En d'autres termes, la lésion de ce neurone est cellulipète. En second lieu, nous supposons la dégénérescence effectuée dans le neurone périphérique (téléneurone). Comment va s'altérer le neurone supérieur (archineurone) ?

Il n'est pas rare d'observer la dégénérescence du faisceau pyramidal à la suite des atrophies des neurones de la corne antérieure. C'est le cas qui nous occupe. Les auteurs admettent, depuis les récentes acquisitions des neurones, qu'il existe dans la corne antérieure des neurones dont le cylindraxe remonte dans le faisceau pyramidal. On s'explique facilement de la sorte les dégénérescences ascendantes de quelques fibres de ce faisceau pyramidal dans toute poliomyélite. Mais il y a beaucoup plus ; le faisceau pyramidal peut dégénérer presque complètement dans ce cas et la lésion qui déborde ses limites étroites l'atteint aussi dans ses fibres qui viennent directement de l'écorce.

Mais, dans ce fait, l'étude de la hauteur à laquelle se propage la lésion démontre qu'elle ne remonte pas aux régions corticales d'origine, et même qu'elle n'atteint pas le bulbe et le pédoncule. Il est probable que, dans ce cas, la dégérescence de

propagation se fait de la moelle vers le cerveau et, de plus, qu'elle peut rester et qu'elle reste confinée à l'extrémité du neurone la plus voisine du neurone primitivement malade. A ce dernier point de vue seulement, c'est donc le contraire du cas précédent ; mais l'analogie n'est cependant pas moins évidente pour le fait fondamental : c'est encore à l'extrémité cylindraxe du neurone que débute la lésion ; c'est encore là qu'elle est le plus marquée, c'est encore là que nous la voyons stationnaire.

La conclusion de ces faits s'impose :

La maladie d'un neurone moteur retentit sur le neurone voisin ; elle frappe ce dernier au niveau de ses ramifications cylindraxes que celles-ci soient au voisinage ou dans l'éloignement du neurone primitivement malade ; la lésion la plus apparente débute en ce point; elle ne remonte que plus ou moins haut ; elle peut rester stationnaire sur ce segment. Nous ne saurions trop insister sur cette modalité de la dégérescence de neurone à neurone du système moteur par la raison qu'elle sera pour nous un guide précieux dans l'étude bien plus compliquée du système des neurones de la sensibilité.

B. *Pathologie des neurones du système de la sensibilité.* (*Les tabès.*) — Les neurones qui s'échelonnent pour former la voie qui transmet les impressions sensibles de la périphérie au cerveau forment une chaîne beaucoup plus compliquée, et cela encore que nous laissons de côté le trajet des impressions de la douleur dont l'étude est encore plus complexe. S'il ne faut que deux neurones pour conduire une impression motrice du cerveau au muscle, il en faut pour le moins trois ou quatre pour parcourir la chaîne de la sensibilité. Les neurones de la chaîne sensitive sont aussi beaucoup plus complexes ; ils ont des connexions plus multiples, des collatérales plus nombreuses, des relations plus étendues avec les divers centres ; mais, à part ces particularités, nous verrons que ce qui a été dit de la pathologie de la chaîne motrice est applicable ici.

Les dégénérescences de la voie sensitive des neurones constituent les tabès. L'un des résultats de la théorie des neurones est d'établir d'une façon plus solide la multiplicité, la variété des dégénérescences des cordons postérieurs, la doctrine des tabès *exogène* et *endogène*, dans le sens où M. Marie a pris cette expression, et aussi la manière dont notre maître, le professeur Joffroy, mettant en parallèle les lésions anatomiques du tabès

vulgaire et de la forme tabétique de la paralysie générale des aliénés, a établi les différences histologiques qui séparent ces deux variétés, au moins dans la majorité des cas[1]. Ces faits ressortiront de ce qui va être dit sur ce sujet.

La téléneurone de la sensibilité est un neurone géant. Ses racines se distribuent dans la peau sous forme de dendrites qui constituent les nerfs sensibles ; son centre est dans le ganglion intervertébral ; son prolongement neural, après avoir constitué les racines postérieures, va se terminer directement ou par de nombreuses collatérales au niveau des centres gris de la moelle ; quelquefois il remonte jusqu'au au bulbe au niveau des noyaux des cordons de Goll et de Burdach. Toutes ces collatérales, tous ces prolongements cylindraxes se terminent, comme toujours, par les ramifications libres avoisinant les neurones de la moelle et du bulbe.

Les connexions avec ces derniers sont donc nombreuses ; elles se font dans la moelle par les branches directes ou collatérales des neurones de la corne antérieure, de la colonne de Clarke, des différentes zones de la corne postérieure, des noyaux bulbaires. De ces points d'autres neurones conduisent l'impression sensible dans la couche optique, de la couche optique par un nouveau neurone dans le cerveau, etc.

La chaîne des neurones de la sensibilité présente donc une série assez longue de neurones. Parmi ceux-ci le téléneurone que nous avons appelé un neurone géant est le principal. *Sa dégénérescence primitive constitue le tabès vulgaire, par opposition à la dégénérescence des autres neurones de la chaîne dont les lésions primitives constituent les autres formes des maladies tabétiques. Ces dernières maladies sont absolument distinctes du tabès par dégénérescence du téléneurone au point de vue du début de la lésion qui se fait dans les neurones voisins de ce dernier.* Mais d'autre part le téléneurone étant en relation de contiguité avec ceux-ci, il s'altère à son tour, mais alors seulement dans des points limités, suivant la même loi de dégénérescence de neurone à neurone que nous avons établie pour le système moteur.

[1] *Bulletins de la Soc. méd. des hôp.*, 1893. — *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Clermont-Ferrand*, 1894. — *Iconographie de la Salpêtrière*, 1895. — De plus le professeur Joffroy a fait sur le même sujet plusieurs leçons cliniques (1894, 1895 et 1896) à l'Asile clinique (Sainte-Anne).

Sans doute toute la complexité de cette question des tabès se résume dans cette participation secondaire du téléneurone. Mais avec la loi indiquée plus haut, il est très facile de se rendre compte de l'ensemble complexe des lésions qu'on a sous les yeux.

1° Le tabès par lésion primitive du téléneurone, tabès exogène, se répartit dans ses lésions suivant la topographie de ce neurone, y compris ses branches collatérales. Où débute la lésion ? Est-ce au niveau du ganglion ainsi que les premiers observateurs des lésions histologiques de cette maladie l'avaient pensé ? Est-ce à la périphérie du neurone, ou au niveau des racines postérieures qu'il constitue ? C'est là une question qui a été souvent posée et résolue de différentes manières. A notre avis cette question placée en face des notions que nous possédons sur la pathologie du neurone perd presque tout son intérêt. Le neurone dégénère, en effet, avec facilité quelque soit le point de son trajet qui soit lésé. Nous avons indiqué plus haut qu'il dégénérait dans un sens suivant la loi wallérienne, dans l'autre suivant la loi rétrograde. Il résulte de là que le tabès du téléneurone, le *télétabès* survient à la suite de l'altération de n'importe quel point de son neurone. Tout l'intérêt étiologique se reporte donc sur les conditions qui font que tel individu devient tabétique à la suite d'un traumatisme périphérique, d'une maladie générale, etc. *C'est une question de résistance vitale, d'hérédité, de faiblesse native, etc., et non de localisation sur un point tout particulier du neurone.* Ce qu'il peut être intéressant de connaître au sujet du début de la lésion sur un point de ce neurone, c'est d'abord la fréquence relative de ce début. Probablement ce sont les expansions périphériques du neurone, plus exposées à l'action du froid humide et aux traumatismes, etc., qui sont souvent lésées d'abord, mais non dans tous les cas. En second lieu, on peut se demander, la lésion étant faite sur un point du neurone, dans laquelle de ses parties la dégénérescence va devenir le plus apparent. Mais en somme cela n'a qu'un intérêt relatif.

La clinique a déjà cherché à mettre en opposition le tabès du téléneurone avec les autres dégénérescences tabétiques[1], mais on est encore loin d'avoir tout dit sur ce sujet.

[1] Travaux de Tuczek, de Marie, de Joffroy, etc. — Voir aussi notre mémoire : *Lésions et symptômes spinaux, formes spinales de la paralysie générale.* (*Arch. de méd. expérimentale et d'anat. path.*, janvier 1894.)

Nous ne voulons insister ici que sur une seule différence entre ces varietés pour la raison que la doctrine des neurones la rend évidente.

Nous faisons allusion à la rétinite qui est assez fréquente dans les tabès du téléneurone et qui manque dans tous les autres. On se rend compte de cette différence si l'on se pénètre bien de cette idée que la rétine représente, à la partie supérieure de l'axe cérébro-spinal, un ganglion intervertébral. Le fait qui, à première vue, peut paraître un peu surprenant nous semble démontré à l'aide d'arguments des plus puissants. A ce sujet nous renvoyons le lecteur au mémoire de Jelgersma [1].

La variété de tabès qui nous occupe peut frapper en effet le téléneurone à des hauteurs différentes de l'axe cérébro-spinal, quelquefois la rétine est prise, d'autres fois elle ne l'est pas mais elle ne l'est jamais que dans la variété du télétabès. Ainsi, par exemple, il n'y a pas d'atrophie de la papille dans les formes spinales tabétiques de la paralysie générale [2] dont la lésion primitive est dans d'autres neurones.

2° Le tabès d'origine endogène débute dans d'autres neurones que celui que nous venons d'étudier; ces neurones sont ceux dont la cellule est dans la moelle, le bulbe, le cerveau, au lieu d'être dans le ganglion intervertébral. Disons tout de suite que les lésions qui sont primitives dans ces derniers cas, ne tardent pas à retentir sur le neurone périphérique; de manière que celui-ci participe souvent à la lésion. mais dans des branches limitées de ces nombreuses expansions.

On peut voir une dégénérescence limitée à certaines zones des cordons postérieurs, au faisceau virgule de Schultze, au centre ovale de Flischig, dont la topographie vient d'être précisée, par le mémoire de Hoche [3]. Cette dégénérescence dérive de l'altération de neurones *intruspinaux*. La lésion se poursuit du haut en bas. Cette dernière forme n'a aucun retentissement sur les branches du neurone périphérique [4].

[1] *Neurolog. Centralbatt*, 1er avril 1895, p. 290.

[2] Les malades qui ont le tabes avec atrophie de la papille délirent souvent, mais ils ne sont pas des paralytiques généraux.

[3] *Neurolog. Centralbatt*, 1896.

[4] Nota. — Il nous est impossible d'admettre l'opinion, non exclusive d'ailleurs, de M. Marie, qui ferait de cette variété la forme type du tabes des paralytiques généraux, puisque sur une centaine d'examens histologiques nous ne l'avons pas rencontrée une seule fois.

La moelle comprend en outre dans sa substance grise un très grand nombre de neurones dont les fibres dégénèrent (suivant la loi de Waller) de bas en haut. Tels sont les neurones de la colonne de Clarke dont les fibres iraient en grand nombre former le faisceau cérébelleux direct de Flechsig et dont peut-être quelques-unes se mêleraient aux faisceaux de Burdach et de Goll ; tels sont les neurones dont les prolongements forment les faisceaux de Gowers ou faisceaux cérébelleux ventral de Lœwenthal et de Mott. Ce n'est pas tout. La corne postérieure contient en outre de nombreux neurones dont les prolongements des deux ordres se terminent dans cette corne même à peu de distance de leur centre cellulaire.

La dégénérescence de tous ces neurones peut être regardée comme primitive dans beaucoup de cas où le téléneurone est intéressé. La dégénérescence de tous ces neurones est constituée par des maladies qui se localisent primitivement sur la substance grise de la moelle. Aussi, en pareils cas, la substance grise est-elle souvent lésée dans des points multiples, d'où ces dégénérescences combinées des neurones qui commandent les dégénérescences ascendantes des faisceaux pyramidaux, des faisceaux cérébelleux, du faisceau de Gowers, ce sont ces lésions qui constituent pour une bonne part l'anatomie pathologique de la maladie de Freidereich qui peut être considérée, elle aussi, comme un tabès endogène.

La dégénérescence primitive peut encore porter sur d'autres neurones qui continuent en haut la chaîne dont le téléneurone est l'extrémité périphérique, c'est-à-dire au niveau du bulbe dans les noyaux grêles, cunéiformes, etc., dans les neurones de la couche optique dont l'extrémité cylindraxe vient se mettre au contact des neurones précédents, dans les neurones de l'écorce qui unissent à celle-ci la couche optique, etc.

Mais si la dégénérescence primitive de tous ces neurones peut amener et amène souvent des lésions qui empiètent en quelques points sur les territoires du téléneurone, c'est que celui-ci se met en rapport étroit avec ces neurones. Dès lors il faut en revenir pour l'explication des lésions à la dégénérescence de transmission de neurone à neurone. Nous allons essayer de démontrer que celle-ci se fait suivant la même loi que dans le système moteur.

Supposons d'abord la lésion primitive d'un neurone du noyau bulbaire des cordons postérieurs. Ce neurone qui fait

partie de la chaîne sensitive est représenté par une cellule dont le prolongement cylindraxe va se terminer dans la couche optique, et dont les dendrites se mettent en contact avec le cylindraxe d'un neurone du ganglion intervertébral qui parvient jusqu'au bulbe en suivant le cordon postérieur de la moelle. D'après la loi de dégénérescence de neurone à neurone, c'est ce dernier prolongement qui va s'altérer manifestement et sans que l'altération se propage jusqu'à son extrémité. De là une dégénérescence des cordons postérieurs d'une forme toute spéciale, une dégénérescence descendante de la partie interne des cordons postérieurs, tandis que ni les racines postérieures, ni les zones des collatérales, ni le centre même du téléneurone n'offre d'altération destructive. C'est cette variété de tabès descendant que nous avons cherché à établir, M. Durante et moi, dans notre mémoire sur les dégénérescences rétrogrades en l'opposant au tabès vulgaire[1].

Nous pouvons généraliser ce fait et dire que l'altération de tous les neurones — et ils sont nombreux dans la substance grise de la moelle — dont les dendrites se mettent en rapport avec les ramifications cylindraxes ou collatérales du téléneurone peuvent déterminer secondairement la dégénérescence cellulipète de ces ramifications.

De là l'apparente complexité des lésions des tabès endogènes; de là dans ces tabès la participation limitée à des segments du téléneurone. De là ce fait que dans les lésions de tous les neurones centraux de la chaîne sensitive on trouve à plus ou moins bref délai la dégénérescence de branches collatérales ou autres du téléneurone lui-même.

Dans tous ces cas, il est de règle que la lésion respecte à peu près la racine postérieure, le ganglion invertébral ainsi que la zone de Lissauer. Seules les branches cylindraxes directes avec les collatérales sont nettement dégénérées.

De son côté, dans un mémoire récent, M. Marinesco[2] a montré le rôle et l'importance des lésions de ces mêmes collatérales dans le tabès, la maladie de Friedereich, etc., en s'appuyant

[1] L'expérimentation sur le cerveau des animaux a démontré la possibilité de ces lésions descendantes dans le cordon postérieur de la moelle.

[2] A l'époque où nous avons fait les leçons (février 1896), dont ce mémoire est le résumé, la communication de M. Marinesco n'avait pas encore été faite et nous l'ajoutons ici en raison de l'importance que nous lui attribuons. Voir *Bul. de la Soc. méd. des hôp.*, séance du 6 mars 1896.

sur la topographie des lésions qu'il a observées et d'ailleurs sans s'inspirer de nos travaux avec M. Durante. *On peut donc dire que les dégénérescences des neurones centraux de la chaîne sensitive retentissent sur le téléneurone dans certaines de ses portions et donnent par le fait à leurs lésions quelques ressemblances avec celles du tabès vulgaire.* Il n'y a même rien d'invraisemblable à admettre qu'à la longue, une lésion primitivement endogène devienne plus tard exogène dans un sens très étendu. Ces faits doivent être très rares. Ainsi dans la forme tabétique de la paralysie générale où la lésion occupe d'abord des neurones centraux l'intégrité relative de la racine postérieure, ainsi que l'a établi en particulier M. Joffroy (*loc. cit.*) reste le caractère le plus nettement opposable au tabès vulgaire.

Les lésions des neurones centraux de la chaîne sensitive retentissent donc sur le téléneurone, mais en limitant la lésion à certaines de ses branches *et en suivant en cela les mêmes lois énoncées au sujet des neurones moteurs.*

C. *Dégénérescences combinées des neurones des chaînes sensitive et motrice.* — S'il est habituel de voir la dégénérescence de neurone à neurone se faire soit dans la chaîne motrice, soit dans la chaîne sensitive, il est plus rare de voir un neurone moteur entraîner la dégénérescence de propagation à un neurone sensitif. Cependant il existe des neurones intermédiaires qui transmettent les impressions d'une chaîne à l'autre et le fait de la dégénérescence combinée peut se rencontrer quelquefois. Seulement il est évident que les rapports de fonction et de vitalité, et aussi de retentissements pathologiques sont plus étroits entre des neurones d'un même système. Il semble que la dégénérescence de propagation éprouve une sorte de résistance à se faire d'un grand système physiologique à un autre grand système autrement différencié dans sa fonction.

Il résulte de là que le plus souvent, quand la pathologie nous montre à la fois la dégénérescence des cordons pyramidaux et postérieurs, que la lésion primaire a touché simultanément et à part les neurones de ces deux systèmes.

Sans cette résistance de neurone à neurone et surtout de système à système, toute lésion, si localisée qu'elle soit, se généraliserait rapidement. M. Joffroy a fait remarquer dans

ses leçons[1] que le système moteur s'altérait plus rapidement que le système sensitif.

Parfois il y a lieu de rechercher l'origine de la dégénérescence combinée dans les neurones spinaux et non pour la sensibilité dans les téléneurones ni pour la voie motrice dans l'archneurone, c'est-à-dire ni dans les circonvolutions motrices ni dans le ganglion intervertébral, mais au contraire dans les neurones de la substance grise de la mœlle. Une telle manière de voir n'est cependant pas exclusivement en rapport avec les faits suivants :

Dans les scléroses combinées, le faisceau pyramidal ne dégénère pas jusqu'à l'écorce et le faisceau pyramidal croisé est intact. Les zones de Lissauer et les racines postérieures sont relativement épargnées. C'est ce qu'on voit *habituellement* dans la sclérose combinée de Westphal d'une part et dans la maladie de Friederich d'autre part. C'est ce que nous avons vu avec notre maître le professeur Joffroy chez les paralytiques généraux, sauf une exception où le faisceau de Turck était lésé. Mais il est des cas où la lésion d'un système physiologique se transmet à un autre système de neurone à neurone. On pourrait invoquer cette manière de voir pour expliquer l'atrophie tardive des muscles dans le tabès vulgaire, etc., etc.

D. *Pathologie des neurones corticaux.* — Les neurones corticaux sont très nonbreux. Ils unissent entre eux les différents départemeuts de l'écorce, d'hémisphère à hémisphère (corps calleux), de lobe à lobe, de circonvolution à circonvolution et, dans une même circonvolution, de zone à zone, de neurone à neurone. La fonction de ces neurones est en rapport avec les phénomènes de la vie psychique.

Ces neurones ont une morphologie et une structure semblables à celles des autres neurones.

Une cellule calleuse, par exemple, est constituée par un centre cellulaire d'où émanent des dendrites d'une part et, d'autre part, un prolongement cylindraxe, qui va se terminer dans l'écorce du côté opposé, par des ramifications libres se mettant au contact avec les dendrites d'un autre neurone de cette région. Il en est de même de tous les neurones des commissures et de l'association. Ils ont des collatérales qui

[1] Leçons inédites.

se terminent de la même manière qu'ailleurs et dont le rôle est important comme partout.

De nombreuses, collatérales partent du prolongement des cellules calleuses, d'autres des fibres de projections pour se terminer dans l'écorce. De là un système très complexe et en rapport avec la physiologie psychologique.

Nos connaissances sur ce point en anatomie et en physiologie sont encore fort restreintes. M. Flatau[1], dans son remarquable mémoire sur le neurone, pense qu'on ne peut pas encore tirer de conclusions formelles des travaux sur cette question. Nous partageons cette manière de voir, mais nous croyons cependant que la pathologie des neurones de l'écorce reconnaît les mêmes lois générales que les autres neurones. Cette opinion est fondée sur l'identité de structure des neurones et aussi sur ce que nous savons déjà de l'anatomie pathologique du cerveau. D'ailleurs, en nous proposant de revenir plus tard sur ce sujet, nous voudrions simplement compléter ce mémoire en ajoutant sur ce point quelques brèves considérations d'un ordre général. Les nombreux neurones de l'association corticale peuvent être atteints par une même cause morbide, agissant simultanément sur un très grand nombre d'entre eux.

On a alors les lésions et les symptômes bien connus de l'encéphalite diffuse, c'est-à-dire la démence, du moins comme symptôme principal.

La multiplicité des neurones détruits implique la rupture des communications entre les multiples territoires de l'écorce.

Dans une autre variété il s'agit de lésion en foyer, détruisant une portion limitée de l'écorce. Dans ce cas, on a non seulement des dégénérescences qui sont en rapport avec les neurones détruits et leurs fibres de projection, mais encore les dégénérescences des neurones d'association, dont les branches collatérales des cylindraxes de projection font d'ailleurs elles-mêmes partie. Dans ces cas, on a toutes les lésions qui ont été décrites dans le neurone de la sensibilité et de la motilité et en particulier la dégénérescence de propagation de neurone à neurone. Non seulement ce fait pourrait être admis comme fort vraisemblable à priori; mais encore il est démontré par les dégénérescences wallériennes du corps calleux, par les atrophies du cervelet consécutives à la lésion expérimentale de

[1] *Zeitschrift für Klin. Med.*, 1895.

telle portion du cerveau, par la démence de l'adulte consécutive à des foyers morbides bien circonscrits, par l'arrêt de développement qui suit les lésions en foyers qui sont à l'origine de l'idiotie, par la constatation des lésions habituelles de la démence, etc., etc.

Dans ces cas, il est infiniment probable qu'un neurone sectionné dégénère suivant la loi de la dégénérescence rétrograde du côté de son extrémité centrale, s'il est certain qu'il s'altère suivant la loi wallérienne dans son bout périphérique. De plus, ici comme partout, lorsqu'un neurone est dégénéré, le neurone voisin d'un même système physiologique a tendance à s'altérer consécutivement. Nous croyons aussi que cette dernière lésion se produit avec la même localisation première et prédominante vers l'extrémité libre du cylindraxe, comme on la voit se faire dans la chaîne motrice ou sensitive, que, en d'autres termes, elle est cellulipète. Mais, après quelques travaux publiés sur ce sujet, il en faudra encore beaucoup d'autres pour arriver à préciser dans leur trajet les chaînes d'associations des neurones corticaux.

Tout ce qu'on peut affirmer à l'heure actuelle, c'est l'analogie des lésions de ces neurones avec celles qui sont mieux connues dans d'autres systèmes, c'est la possibilité d'une démence succédant à l'affection simultanée d'une grande quantité de neurones et une démence secondaire avec ou sans arrêt de développement, suivant qu'il s'agit de sujets jeunes (*idiotie consécutive à des foyers morbides*), ou des sujets adultes (*démence secondaire à des lésions en foyers*).

Notre conclusion finale sera que la pathologie des dégénérescences, rapportée à la doctrine des neurones, peut se concevoir d'une façon plus claire, si l'on veut bien admettre que dans la chaîne motrice, la chaîne sensitive et dans les chaînes des neurones de la vie psychique, la dégénérescence wallérienne et la dégénérescence rétrograde pour chaque neurone, la loi de dégénérescence de neurone à neurone pour chaque système, peuvent invariablement servir de guide pour l'étude de l'immense variété de cas que nous offre l'observation de chaque jour.

RECUEIL DE FAITS.

PARÉSO-ANALGÉSIE DES EXTRÉMITÉS SUPÉRIEURES AVEC PANARIS ANALGÉSIQUES OU MALADIE DE MORVAN. HÉMIPLÉGIE DROITE ET PARAPLÉGIE INFÉRIEURE ;

Par BOURNEVILLE.

SOMMAIRE. — *Père, excès de boisson. — Grand-oncle paternel suicidé. — Grand'tante paternelle morte de congestion cérébrale. — Autre grand'tante paternelle démente. — Mère, convulsions de l'enfance, fièvre cérébrale à quatorze ans accompagnée de canitie partielle, très nerveuse. — Grand-père et oncle maternels, excès de boisson. — Consanguinité. — Inégalité d'âge de huit ans.*

Impression maternelle vive pendant la grossesse. — Convulsions répétées vers deux ans. — Affaiblissement paralytique du côté droit et mains en crochet, constatés à deux ans et demi. — Traumatisme du genou suivi d'arthrite à quatre ans. — Aggravation de la paralysie et contracture des membres inférieurs. — Abcès multiples du genou droit. — Brûlure de la main gauche à neuf ans et, peu après, PREMIER PANARIS ANALGÉSIQUE. — *A quatorze ans,* SECOND PANARIS ANALGÉSIQUE. — *Quelques semaines après, deux abcès du membre supérieur droit. — Description du malade en 1889 : différence de coloration des iris ; — malformation des oreilles ; — déformation du thorax ; — malformations pathologiques de l'index et du médius gauche ; — arrêt de développement du bassin et du train postérieur ; — hémiplegie droite — paraplégie ; — dissociation de la sensibilité, etc. — Luxation du radius droit. — Ankylose du genou droit, doigt à ressort,* etc.

1890. *Furoncles, abcès. — Brûlure provoquée au dos de la main droite* SANS DOULEUR.

1893. *Phlegmon du coude et fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

1894-1895. *Amélioration progressive de l'état intellectuel et physique.*

1896. *Mars-avril. — Nouvelle description du malade.*

Bis... (Charles), né à Paris le 12 novembre 1875, est entré dans notre service le 24 novembre 1888.

Antécédents héréditaires. — *Père*, cinquante-cinq ans, homme de peine dans un lavoir. Il paraît plus vieux que son âge. Il a la tête conique et le sillon naso-labial gauche plus creux que le droit, bien qu'il affirme n'avoir jamais eu d'accidents nerveux. Durant l'enfance, il n'a eu ni manifestations scrofuleuses, ni convulsions, ni fièvres infectieuses, ni syphilis, ni migraines, ni maladies de peau, ni *panaris*. Il avoue faire des *excès de boisson* quotidiens : il boit deux à trois litres de vin par jour et un litre de café mélangé d'eau-de-vie. Sa physionomie dénote ses habitudes alcooliques. — [*Père* mort à quarante-huit ans (fusillé au fort d'Ivry); il était séparé de sa femme, aussi ne peut-on donner d'autres renseignements sur lui. — *Grand-oncle paternel suicidé* par pendaison. — *Grand'tante paternelle* morte de *congestion cérébrale* à soixante-quatorze ans. — *Mère* morte à soixante-dix ans en trois jours, on ne sait de quoi. — *Tante*, quatre-vingt-quatre ans, *démente*. — *Frère* mort à cinquante-neuf ans de la poitrine; — six autres *frères* et *sœurs* morts en bas âge. *Grands parents paternels et maternels*, pas de détails. — Point d'aliénés ni d'épileptiques, etc., dans la famille].

Mère, blanchisseuse, sobre, morte à quarante-six ans en 1883 d'une tumeur blanche du genou ; à quatorze ans, elle avait eu une *fièvre cérébrale* grave, durant laquelle une grande partie de ses cheveux aurait blanchi (*canitie partielle*). Elle aurait eu des *convulsions*, mais on ne sait si c'est pendant sa fièvre ou dans l'enfance. Pas d'attaques de nerfs ni de migraines, mais des accès de colère suivis de pleurs. — [*Père* mort de bronchite chronique; nombreux *excès de boisson*. — *Mère*, sœur du grand-père paternel de notre malade, pas de renseignements. — *Frère* mort on ne sait de quoi, faisait des *excès alcooliques*. Pas d'aliénés, etc., dans la famille.]

Consanguinité (cousins germains); différence d'âge de huit ans.

Dix *enfants*, tous des garçons; huit sont morts du croup à différentes époques. Ils étaient intelligents et n'avaient jamais eu de convulsions. Il en est de même du septième qui est soldat dans un régiment de cuirassiers.

Antécédents personnels du malade. — La *conception* n'aurait pas eu lieu durant l'ivresse. — *Grossesse* : pas de traumatismes, ni d'envie de boire, ni de syncopes, ni d'attaques, mais dans les premiers mois, sa mère aurait eu « un regard » : « un mendiant de lavoir », paralysé d'un côté du corps est venu demander l'aumône; elle l'a fixé, ce que voyant, une de ses camarades l'a interpellée vivement : « Adèle que faites-vous là ? » Elle est revenue aussitôt à elle comme d'un rêve. « Mon enfant a un bras et une jambe qui ressemblent à ceux du mendiant et du même côté. » — *Accouchement* naturel et sans chloroforme, en quatre heures. — *A la naissance*, pas d'as-

phyxie. — Elevé à la campagne, au biberon, avec du lait de chèvre, il aurait eu, vers deux ans, à trois reprises des *convulsions*, qui, chaque fois, auraient duré deux ou trois heures et sur lesquelles on ne peut fournir de détails. Depuis lors il n'en a plus eu, affirme son père.

Quand B... est revenu chez ses parents, à deux ans et demi, il était bien portant, mais sa mère remarqua qu'il avait le *côté droit moins gros et plus faible que le gauche*, qu'il marchait en tortillant et *traînant la jambe*, que ses mains étaient en crochet : « les doigts, dit-on, se refermaient toujours ». Cette rétraction était plus prononcée du côté droit.

A quatre ans, étant à l'asile, il a reçu un coup de pied d'un de ses camarades. Dès le lendemain le genou droit était gonflé. C'est pour cet accident et pour la rétraction de ses doigts que ses parents l'ont conduit au bout d'un mois à l'hôpital des Enfants malades où il n'a fait qu'un court séjour ; le diagnostic posé était : *méningo-myélite*. Puis il y est rentré le 17 août 1881, en est sorti le 8 octobre et le 29 du même mois, il a été envoyé à l'hôpital de Berck. Il en est revenu le 10 juin 1881.

D'après les notes qu'à bien voulu transmettre M. le Directeur des Enfants-Malades, le diagnostic était au départ : *Coxalgie* avec appareil, état général bon; et, au retour, coxalgie améliorée. Les notes du Directeur de l'hôpital de Berk-sur-Mer, copiées sur le registre de la maison, ne nous fournissent aucun renseignement utile. On parle d'une tumeur blanche, d'un redressement du genou qui sera prochainement tenté. Et c'est tout. — Le malade, lui, prétend qu'on lui aurait retiré un petit os du genou droit et qu'on lui aurait maintenu la jambe dans l'extension pendant quarante jours, à l'aide de poids.

Lorsque B... est rentré de Berck, son père a remarqué qu'*il avait les genoux collés et qu'il lui était impossible d'écarter la jambe droite* sans douleur, symptômes qui n'existaient pas au moment du départ : « Avant mon départ, mon père me portait sur ses épaules et j'écartais bien les jambes, dit l'enfant. » En raison de son infirmité et aussi à cause de la mort de sa mère, B... fut placé quelques semaines après son retour à l'asile des incurables des frères Saint-Jean de Dieu. Durant son séjour dans cet établissement (dix-huit mois), on lui aurait ouvert *deux abcès* au niveau du genou. Ces abcès, si l'on en croit l'enfant, renfermaient beaucoup de pus et les incisions auraient produit de vives douleurs. Au dire du père, B..., n'aurait rien appris dans cette maison : « J'ai payé pendant plus d'un an 15 francs par mois, puis m'étant trouvé sans travail, je n'ai pas pu payer et, au bout de cinq mois, les frères m'ont ramené l'enfant. Je l'ai gardé deux ou trois semaines et ensuite j'ai obtenu son placement à la colonie de Vaucluse (26 février 1887). » Il y est

resté jusqu'au 24 novembre 1888, sans aucune amélioration, prétend-on. C'est là qu'il a eu, à treize ans (janvier 1888), son *premier panaris* siégeant à l'index gauche. Voici d'après le malade lui-même dans quelles circonstances.

Il s'amusait à tisonner un feu de charbon de bois. Un morceau de charbon incandescent ayant été projeté du foyer, il voulut le ramasser, tomba et posa le dos de la *main gauche* sur le charbon, sans s'en apercevoir : « Pendant ce temps, affirme-t-il, l'infirmière me parlait, j'avais la tête tournée et je ne m'apercevais de rien. » *Il prit le charbon entre ses doigts et le remit dans le feu, sans avoir, à aucun moment, éprouvé une sensation douloureuse.* Peu après, il s'aperçut qu'il avait une cloque au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et la phalange de l'index gauche, du côté de la face dorsale. Il aurait enlevé l'épiderme « pour faire sortir l'eau », aurait refusé tout pansement et quand il se produisait des croûtes il les détachait. Jamais il n'aurait souffert durant les deux mois que la plaie a mis à se cicatriser.

Environ quinze jours plus tard, sans cause connue, il serait survenu un gonflement très prononcé de l'*index gauche*. Le gonflement qui, à l'origine, occupait la phalange, aurait ensuite gagné la phalangine et la phalangette. Fièvre vive, céphalalgie, insomnie. *Absence complète de douleurs locales.* Pendant deux jours on appliqua des cataplasmes et, le troisième jour, on fit une incision qui n'aurait occasionné aucune souffrance (pansement phéniqué). Deux jours après l'opération, l'*ongle était tombé et l'extrémité du doigt était nécrosée.* On procéda sans chloroforme et *sans douleur à l'ablation des os* de la phalangette et de la phalangine. La cicatrisation aurait été lente et n'aurait pas duré moins d'un mois : c'était le PREMIER PANARIS ANALGÉSIQUE.

Sauf une tendance à mentir, B... n'a pas de mauvais instincts, il n'est ni gourmand, ni voleur, ni méchant, ni destructeur, ni onaniste, ni coléreux. Il est doux et affectueux. Il n'a eu ni vers ni aucune maladie infectieuse, sauf la coqueluche à trois ans et peu après des croûtes dans le cuir chevelu. Il n'aurait eu aucune autre manifestation lymphatique. Il aurait eu beaucoup d'engelures qui se seraient ulcérées (?) ; on ne saurait dire si elles étaient plus prononcées d'un côté que de l'autre.

En novembre 1888, le père de B... a demandé et obtenu son transfert de la colonie de Vaucluse à Bicêtre, à cause des dépenses que lui occasionnaient les visites à la colonie.

Notre dévoué collaborateur, le Dr BLIN, médecin de la colonie de Vaucluse, a eu l'obligeance de nous envoyer les notes ci-après sur les particularités offertes par Bi... durant son séjour à Vaucluse :

Certificat du Dr LEGRAS (février 1887) : « B..., idiotie, violences passagères ; rétraction du membre droit ; malformation de la main

droite, voûte palatine en ogive, inégalité pupillaire, contusion très légère à l'œil gauche. Ce malade est dans un état mental qui exige son placement dans un asile d'aliénés. »

Certificat du Dr MAGNAN (20 février 1887) : « Débilité mentale avec excitation passagère ; ankylose du genou droit. »

Certificat du Dr KERAVAL (27 février 1887) : « Débilité mentale compliquée de manifestations strumeuses du côté des os; association des idées excessivement lente ; mémoire très rudimentaire. »

Mars 1887. — Infirme par accidents scrofuleux ; enfant paraissant extrêmement doux ; perfectible.

Novembre. — Insubordination, « hypocrisie », brutalités, frappe son entourage avec ses béquilles.

Décembre. — Grossièreté, trivialité, indocilité. Aucun progrès dans l'état mental.

Janvier 1888. — *Panaris ostéomyélitique* de l'index gauche.

Mars. — Mauvais instincts, taquineries incessantes. Son esprit n'est tourné que vers le mal.

Avril. — Indiscipline constante ; cet enfant ferait le martyre des gardiennes si son infirmité lui permettait d'être agile.

Mai. — *Abcès* sous-axillaire à droite, produit par le frottement de la béquille.

Juin. — Grossier, malpropre, brutal, frappe ses camarades avec ses béquilles quand il ne peut les atteindre autrement.

Septembre. — Plus doux et plus tranquille.

Octobre. — L'amélioration se maintient, paraît avoir quelques sentiments affectifs et s'attache à son entourage.

Voici maintenant ce que nous avons observé durant son séjour dans notre service de 1889 à 1896.

1889. *Janvier.* — B... reste quatre jours à l'infirmerie pour une *angine érythémateuse.*

13 *mars.* — Salivation ; opalescence des commissures labiales, exulcération transversale de la face interne de la joue gauche ; petite plaque rouge près de la dernière molaire. Petites adénites sous-maxillaires, cervicales, axillaires et inguinales. Rien aux organes génitaux, à l'anus, au cuir chevelu, à la peau. Dans l'*aisselle* droite, on trouve une demi-douzaine de croûtes épaisses reposant sur des plaques indurées, rosées à la périphérie, ayant une direction antéro-postérieure. Ces accidents ont disparu en trois semaines [1].

Avril. — SECOND PANARIS ANALGÉSIQUE. — B... s'aperçoit par hasard d'un gonflement du *médius gauche.* Fièvre vive, insomnie ; ni céphalalgie, ni douleur au niveau du doigt malade. *Incision indolore ;* issue de pus en abondance. L'extrémité du droit se nécrose. Cicatrisation lente.

En juin 1889, B... a eu un *abcès* sans cause connue au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras droit, à 3 ou 4 centimètres du pli du coude. La fièvre aurait été assez vive; l'incision transversale qui a donné issue à une grande quantité de pus aurait été douloureuse et on dut tenir vigoureusement le malade. Guérison rapide; cicatrice de 3 centimètres. Peu après *deuxième abcès* au niveau du tiers moyen de la face antérieure du bras droit; mêmes phénomènes. Cicatrice longitudinale de 2 centimètres.

1890. *Juillet.* — En travaillant à la cordonnerie, il s'est fait à la face postérieure de l'avant-bras droit, un peu au-dessus du poignet, une plaie en biseau de 3 centimètres de longueur : il dit *n'avoir absolument rien senti.*

Etat actuel (5 *août*) (*fig.* 25, 26, 27). — *Tête* de volume à peu près moyen, régulière, à peu près symétrique, presque ronde. Le cuir chevelu présente en arrière trois cicatrices.

Face. — *Front* peu élevé, un peu fuyant avec des bosses frontales peu saillantes. *Arcades sourcilières* plutôt déprimées. Les *yeux* sont assez petits. *L'iris, bleu à droite, a une couleur jaune verdâtre à gauche.* Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. L'acuité et le champ visuels sont normaux. *Oreilles longues*, écartées en haut, non ourlées, à lobule adhérent. *Nez* aquilin, régulier, légèrement dévié à droite. Les plis du front, les sillons naso-labiaux soit au repos, soit dans les mouvements provoqués, le rire, etc., sont égaux. Les angles de la mâchoire inférieure sont fortement accentués. *Bouche* d'habitude légèrement entr'ouverte, lèvres assez épaisses. Langue, amygdales, palais, rien à noter. Luette courte. Menton un peu carré.

Dentition. — Il existe, à chaque mâchoire, 14 dents de forme normale, d'assez bonne qualité, peu serrées, bien rangées. L'articulation est naturelle. Les gencives sont en bon état.

Cou assez long; circonférence, 28 centimètres. La glande thyroïde est peu volumineuse[1].

Thorax irrégulier, très développé dans ses deux tiers supérieurs, rétréci dans son tiers inférieur. Les muscles pectoraux sont volumineux; leur bord inférieur forme un relief prononcé. La région pectorale droite est plus relevée que la gauche. En avant la moitié droite est moins large que la gauche. La partie comprise entre le bord inférieur des régions pectorales et le rebord des fausses côtes, nettement convexe en avant et à gauche, est aplatie à droite. En arrière le thorax est notablement déformé. L'épaule gauche est un peu plus élevée et plus bombée que la droite. Il y a une dépression assez prononcée entre les deux omoplates. Très large en haut, la poitrine se rétrécit à partir de la pointe de ces os. *Le reste du tronc*

[1] En 1896, la circonférence du cou est de 34 centimètres.

et le bassin tout entier sont notablement arrêtés dans leur développement par rapport à la moitié supérieure du tronc.

La *colonne vertébrale* décrit une légère courbure à convexité

Fig. 25.

B... en 1888, à l'âge de treize ans et demi.

dirigée à droite au niveau de la partie moyenne de la région dorsale; elle est rectiligne dans la partie inférieure de cette région; enfin les deux dernières vertèbres dorsales et les vertèbres lombaires offrent une seconde convexité dirigée à gauche. Les apophyses épineuses des cinq dernières vertèbres dorsales et surtout les trois dernières sont assez saillantes. La peau qui les recouvre est épaissie par suite du frottement de la ceinture, ce qui contribue encore à augmenter la saillie.

Membres supérieurs. — On n'observe pas de déformation des bras

mais le gauche est mieux développé que le droit. Les saillies musculaires, malgré cette différence, se dessinent nettement : aucun indice d'atrophie. L'aisselle droite est le siège de *troubles trophiques*

Fig. 26.

B... à treize ans et demi.

cutanés. La peau est brunâtre, épaissie dans son ensemble, avec des papules larges, mamelonnées. Durant son séjour à la colonie de Vaucluse, il est arrivé maintes fois que ces lésions ont été plus accusées, en quelque sorte par poussées. Les papules grossissaient, étaient le siège d'une sécrétion légère, et se recouvraient de croûtes[1].

Les muscles deltoïdes, biceps et triceps brachiaux forment des

[1] Les lésions ont toujours été beaucoup plus étendues et beaucoup plus prononcées sur la paroi externe de l'aisselle que sur la paroi interne.

saillies très nettes. Ils sont plus volumineux à gauche (voir le *Tableau des mensurations des membres*). Les *coudes* sont déformés par suite d'une grande laxité des ligaments.

Fig. 27.

B... à treize ans et demi.

La flexion des coudes est normale, mais l'extension est exagérée. Les mouvements de rotation de l'avant-bras ne s'opèrent que par la rotation du bras et de l'épaule. Aucun traumatisme connu du père et de l'enfant n'explique cette laxité des ligaments aux deux coudes, qui est un peu plus prononcée à droite.

Il existe une *luxation de l'extrémité supérieure du radius* dont on ignore et la date et la cause.

L'état des MAINS mérite une description détaillée.

a) *Main gauche.* — La peau de toute la main, surtout des doigts,

est épaissie, rugueuse. On note sur la face dorsale deux cicatrices blanchâtres, consécutives à des *brûlures* volontaires qui n'ont occasionné aucune douleur, et qu'il s'était faites à la suite d'un pari,

Fig. 28.

avec une cuillère chauffée au rouge. L'*index*, composé seulement de la phalange, se termine par une masse arrondie sur laquelle s'implante un petit fragment d'ongle. Les mouvements de flexion et d'extension sont peu étendus. Le *médius* se termine par un fragment d'ongle un peu plus large que celui de l'index. La peau de ce doigt est le siège d'une induration cornée; la phalangette persiste. Les autres doigts n'offrent qu'une hypertrophie de la peau. Il n'y a pas d'atrophie des éminences thénar et hypothénar (*fig.* 28).

b) ***Main droite.*** — La peau est épaisse, principalement autour des articulations des doigts. Il existe un durillon au point de contact

du pouce avec la paume. L'extension des doigts est incomplète. Rétraction de la phalangette du pouce; mouvements très limités.

La peau des deux mains est le siège de *crevasses* assez profondes. L'écartement des doigts, des deux côtés, est nul. Au dynamomètre, 10 à gauche, 6 à droite (*fig.* 28 et 30).

Membres inférieurs. — Dans l'attitude habituelle, la *cuisse droite* est fléchie sur le bassin; elle forme un angle d'environ 45° et ne peut être étendue davantage. De plus, elle est dans l'adduction et croisée sur la cuisse gauche (*fig.* 26 et 27). L'adduction est limitée; la flexion complète est possible. Le *genou* ne semble pas déformé, mais les mouvements sont très circonscrits.

La jambe est fléchie à angle droit, c'est à peine si on peut lui faire décrire un angle de quelques degrés dans le sens de la flexion et de l'extension (*ankylose incomplète*). Le tendon d'Achille est rétracté et forme une corde saillante sous la peau. Le pied semble ankylosé. Il est dans l'extension presque complète, avec un léger degré d'abduction et de rotation en dedans. Il est possible de provoquer quelques mouvements très peu étendus dans tous les sens. Les mouvements des orteils sont faciles.

A *gauche*, les mouvements de la cuisse sont un peu limités dans le sens de l'extension et de l'abduction; l'extension complète de la jambe sur la cuisse est impossible; les mouvements du pied et des orteils ont peu d'amplitude.

Les *réflexes tendineux* paraissent normaux (?).

Organes génitaux. — Bourses pendantes; testicules égaux du volume d'une olive. Verge : longueur et circonférence, 5 centimètres; prépuce un peu long; gland découvrable; méat normal. Une demi-douzaine de poils de chaque côté de la racine de la verge. Rien à l'anus. Le corps est glabre.

Sensibilité spéciale. — La *vue*, l'*ouïe*, le *goût*, l'*odorat* sont conservés et au même degré des deux côtés.

Sensibilité générale. — a) *Sensibilité au contact.* Les yeux fermés, le malade reconnaît bien les objets que l'on place entre ses doigts, sur la face dorsale du carpe, de l'avant-bras et du bras. Il sent bien le contact de l'épingle que l'on passe sur le bras et l'avant-bras. Il ne sent pas le frottement du doigt dans la *zone analgésique*, ni le passage des poils d'un pinceau; il ne sent pas non plus le contact de gros objets appuyés avec pression sur sa main.

b) *Sensibilité à la douleur.* — 1° *Côté gauche : anesthésie* en gant remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'articulation du poignet. Au niveau de l'avant-bras et du bras, le malade ne ressent qu'une piqûre lorsque les deux épingles sont à 15 millimètres l'une de l'autre.

2° *Côté droit.* — L'anesthésie occupe, à la main les mêmes régions sauf que l'éminence thénar a conservé la sensibilité. Sur l'avant-

bras et le bras, la sensibilité à la piqûre est normale et le malade distingue nettement la pointe de deux épingles à 5 millimètres d'écartement.

c) *Sensibilité thermique.* — Thermo-anesthésie de la *main gauche* dépassant l'analgésie de deux à trois travers de doigt. — Thermo-anesthésie de la *main droite* ayant la même distribution que l'analgésie, mais occupant *toute* la face palmaire.

B... a conservé la *notion de position* et se rend compte qu'on meut ses jointures, qu'on les tord mais sans éprouver de douleur.

Au niveau de la face interne du tiers supérieur du *bras droit* et de l'aisselle correspondante, *analgésie* très marquée et *thermo-anesthésie* avec conservation de la sensibilité tactile. — Dans les mêmes régions, *à gauche*, les différents modes de la sensibilité sont conservés [1].

La *physionomie* dénote un certain degré d'*intelligence* mais offre en même temps une expression de *niaiserie* due au regard un peu vague et à la bouche presque toujours légèrement béante. — La *parole* est libre, le langage rarement grossier. B... est peu appliqué à l'*école* où très souvent il s'amuse et se dispute avec ses camarades. Son *caractère* est assez doux; il aime à jouer et ne se fâche presque jamais. Il est toujours dans les groupes où l'on se distrait, car, quoique ne marchant qu'avec des béquilles, il prend part à tous les jeux. Il a de la volonté, distingue le bien du mal. Il est toutefois facile à entraîner à mal faire, ment quelquefois en classe pour éviter des réprimandes ou couvrir ses camarades. Il est attentif, à condition d'être surveillé. Il aime assez les exercices de lecture, mais ne sait pas lire couramment, fait les trois premières opérations, commence à faire la division, mais ne peut réussir le plus simple problème. Il possède quelques notions d'histoire et de géographie; toutefois, il s'embrouille facilement et confond les termes et les dates. Sa tenue est en général bonne. Pas de mauvais instincts. Il a choisi le métier de cordonnier.

25 *septembre.* — B... travaille à l'atelier de cordonnerie. Il a laissé tomber un tranchet sur la partie inférieure de sa cuisse droite et s'est fait une plaie transversale qui a nécessité deux points de suture. Guérison en quelques jours (cicatrice de 3 centimètres au-dessous du condyle interne du fémur).

1890. *Janvier.* — B... est taquin, grossier, paresseux, violent et frappe ses camarades avec ses béquilles.

Février. — Embarras gastrique bilieux. Un nouvel examen de la *sensibilité* donne les résultats suivants : anesthésie totale à la chaleur, au tact et à la douleur au niveau de la face dorsale des doigts,

[1] Nous avons rédigé tout cet état actuel d'après les notes recueillies par notre ancien interne de 1889, le Dr Robert Sorel (du Havre).

de la main et du poignet jusqu'à une ligne passant à deux travers de doigt au-dessus du pli articulaire. — A la *face* palmaire de la main, le malade reconnaît les objets qu'on lui fait saisir, mais il ne perçoit ni la chaleur, ni le froid, ni la douleur (*dissociation de la sensibilité*). Pas de troubles de la sensibilité sur le tronc et les membres inférieurs.

Avril. — Deux *furoncles* l'un au côté du mamelon droit, l'autre sur la cuisse droite.

Juillet. — *Puberté.* Le corps est toujours entièrement glabre, sauf quelques poils rares au pénil. Longueur et circonférence de la verge, 7 centimètres. Pas d'autres changements.

Août. — *Abcès* tubéreux de l'aisselle droite dû au frottement de la béquille.

Septembre. — *Brûlure* sur le dos de la main droite qui n'a occasionné aucune douleur.

1891. Rien de particulier durant cette année. B... préfère l'atelier à l'école. Il commence à faire des chaussures neuves. Son écriture (de la main gauche) est restée lisible, mais il sait à peine lire. Sa tenue laisse à désirer. Ses mains surtout sont sales, pleines de crevasses ; *il les brûle souvent exprès.* « Cela ne me fait aucun mal », dit-il. Souvent il s'amuse à marcher « à quatre pattes ». Il est bruyant en classe, disputeur, grossier, et se moque des réprimandes. Les malades plus âgés ou plus vicieux s'en servent pour faire de mauvais coups, voler du vin, par exemple, le battant s'il refuse.

1892. *Juillet.* — *Puberté.* Le visage, le tronc et les membres sont glabres. Quelques poils sous l'aisselle gauche. Mêmes lésions cutanées de l'aisselle droite dépourvue de poils. Poils abondants et longs à la partie inférieure du pénil. Les testicules ont la dimension d'un œuf de moineau. Verge : longueur, 11 centimètres ; circonférence, 9.

Décembre. — Même indiscipline à l'école. Tenue malpropre. Caractère irritable. Accès de colère, déchire ses livres, ses cahiers, casse les carreaux, ne cède jamais, ne veut pas reconnaître ses torts. Il est très souvent répréhensible.

1893. 14 *janvier.* — Avant-hier et hier matin, il est tombé de son lit sur le coude droit qui est le siège d'un œdème douloureux considérable, s'étendant à 10 centimètres au-dessus et au-dessous de l'interligne articulaire. Tout mouvement de l'articulation détermine une vive souffrance. La bourse séreuse olécranienne est enflammée. Le débridement au bistouri donne issue à du pus mélangé de sérosité. Pansement humide au sublimé ; gouttière.

15 *janvier.* — Insomnie, battements et élancements douloureux dans le coude. *Matin :* T. R. 38°. *Soir :* 39°.

16 *janvier.* — Même état. Persistance du gonflement et de la

douleur. T. R. 38°,7 et 39°,5. Bain de bras phéniqué pendant trois heures; même pansement.

17 *janvier*. — L'œdème a un peu diminué; il s'écoule peu de pus. T. R. 38°,5 et 39°.

18 *janvier*. — Le malade est chloroformé. On constate que les surfaces articulaires ne sont pas changées; que le sommet de l'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée sont sur la même ligne; qu'il y a un *décollement épiphysaire* de l'extrémité inférieure de l'humérus. Pendant la réduction par traction il jaillit de la plaie un jet de sérosité purulente semblant venir de la jointure. Pansement humide; gouttière antérieure plâtrée sur le coude en demi-flexion avec une échancrure laissant libre l'olécrâne. T. R. 39° et 39°,2.

19 *janvier*. — La nuit a été bonne. L'œdème a diminué, T. R. 38° et 38°,4.

20 *janvier*. — Le coude est le siège de douleurs vives, lancinantes qui ont empêché l'enfant de dormir. La plaie mise à nu laisse voir un tissu lardacé, infiltré. Il est enlevé à la curette; la plaie saigne abondamment. On aperçoit dans le fond de la plaie l'olécrâne dénudé. Drainage à la gaze iodoformée, pansement humide, etc.

A partir de là, amélioration progressive, consolidation de la fracture, cicatrisation de la plaie. L'enfant sort de l'infirmerie dans les premiers jours d'avril.

Juillet. — B... est allé un peu plus fréquemment à l'école; on le retient trop volontiers à l'atelier de cordonnerie dont il est l'un des meilleurs apprentis. Amélioration en classe, mais durant les récréations, il se montre toujours indiscipliné.

Puberté. — Les modifications sont les suivantes: poils follets à la lèvre supérieure et au menton; poils longs, frisés à la racine des bourses; poils assez abondants à l'anus. Verge: longueur, 11 centimètres; circonférence, 10 centimètres. Testicules de la grosseur d'un petit œuf de pigeon.

1894. *Janvier*. — B... aime toujours à se mêler aux jeux les plus bruyants, les plus actifs, malgré son infirmité. Il devient plus raisonnable, plus docile, et se soumet plus volontiers aux observations qu'on lui adresse. La tenue est meilleure.

Mars. — *Phlegmon* de la main droite; incision.

Juillet. — *Puberté*. Pas de changement notable.

La conduite de B... est bonne et nous lui promettons, s'il continue, de ne pas le faire passer aux aliénés à dix-huit ans comme c'est la règle, mais à vingt ans, dans la division des incurables de l'hospice. Afin de l'encourager, nous l'autorisons à aller travailler pendant une partie de la journée chez un cordonnier du dehors.

1895. *Janvier*. — *Puberté*. Poils fins à la lèvre supérieure et au menton. Quelques poils dans l'aisselle gauche. Fin duvet sur les

avant-bras, sur la face externe des cuisses et des jambes. Poils assez abondants sur la partie inférieure du pénil ; quelques poils sur les bourses. Verge : longueur, 11 centimètres ; circonférence, 10cm,5.

B... continue à travailler chez un cordonnier du dehors, qui lui donne 6 francs par semaine.

1896. *Janvier.* — Mêmes *lésions trophiques* de l'aisselle droite. Même état de la *puberté*, si ce n'est que la moustache se dessine davantage.

Mars-avril. — Bis... s'est notablement amélioré au point de vue intellectuel. Sa conduite ne laisse rien à désirer. Il continue à travailler au dehors chez un cordonnier du voisinage. Pour ces raisons, au lieu de le faire passer à dix-huit ans dans l'une des sections du quartier des aliénés, nous l'avons gardé jusqu'à ce jour (vingt ans), afin d'obtenir son placement, justifié par ses infirmités et sa maladie, dans l'une des divisions de l'hospice. L'autorisation étant arrivée, nous avons procédé à un dernier examen, dont nous ne relèverons que les points principaux.

La différence entre la partie supérieure du thorax et la partie inférieure persiste, et il en est de même de l'*arrêt de développement* du reste du tronc (*fig.* 29). Les mesures suivantes en donnent une idée.

Circonférence	du thorax au niveau des aisselles. . . (dont 47 cent. à gauche et 42 à droite).	89 cent.
—	au niveau des mamelons, à l'expiration.	84 —
—	au niveau des flancs	
—	du bassin à sa partie moyenne	77 —

Les *fonctions digestives*, — sauf une constipation habituelle, — *respiratoires* et *circulatoires* s'exécutent régulièrement.

Membres supérieurs. — 1° Ils ont tous les deux une attitude naturelle, sauf la *difformité* des coudes, due à la laxité des ligaments, ce qui fait que les avant-bras se portent dans l'extension forcée et que la région antérieure du coude est tendue et convexe.

A DROITE, légère raideur de l'épaule et craquements. Le malade exécute tous les mouvements.

Dans son ensemble, la *main* est inclinée sur le bord cubital ; elle est un peu aplatie. Les éminences thénar et hypothénar sont un peu atrophiées, ce qui est dû non à une dégénération graisseuse, mais à un arrêt de développement. Les doigts sont infléchis, portés en dehors. Le premier métacarpien est relevé sur le dos de la main, et se trouve en quelque sorte enfoncé vers la paume de la main, par rapport à la phalange du *pouce* qui a une situation normale. La phalangette présente une flexion à angle droit sur la phalange. Cette attitude est permanente (*fig.* 28 et 30). En redres-

sant la phalangette, on produit un bruit sec, et dès qu'on retire son propre doigt, immédiatement la phalangette reprend avec le même qruit sa position à angle droit, à l'instar d'un *ressort*. L'*index* et le

Fig. 29.

médius sont recourbés dans la demi-flexion ; l'*annulaire* est un peu moins recourbé ; l'*auriculaire* est presque droit. Le malade ne peut pas relever ses doigts jusqu'à la ligne droite ; il peut les fléchir jusque sur la paume de la main, sauf l'auriculaire qui en reste très écarté, en conservant la demi-flexion, ce qui doit être attribué à ce qu'il y a plusieurs années il s'est fait au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne (face palmaire) une plaie avec un tranchet.

Les *doigts sont boudinés ;* les ongles sont réguliers. La peau est épaissie sur le dos du métacarpe et sur la face dorsale des doigts ; elle est en outre légèrement rouge. Il existe une induration pro-

fessionnelle de la moitié radiale de l'index, et un durillon à la face palmaire, sur la moitié inférieure du deuxième métacarpien. On arrive à redresser les doigts, ce que ne peut faire le malade, mais avec une certaine résistance.

A GAUCHE, les mouvements de l'épaule et du coude sont libres; parfois, il y a des craquements.

Main. — Les doigts sont plus qu'à demi fléchis sur la paume de la main, et dans leur totalité portés vers le bord cubital, tandis que le métacarpe est incliné vers le bord radial (*fig.* 28 et 30). Tous sont

Fig. 30.

plus ou moins déformés. La phalange du *pouce* est presque à angle droit sur le premier métacarpien et la phalangette est relevée à angle droit sur la phalange. On ne peut complètement ni redresser le pouce, ni fléchir la phalangette; par conséquent, les mouvements de flexion et d'extension sont limités. L'*index* a la forme d'un moignon boudiné terminé par une sorte de cône bas (un centimètre et demi au plus), formé par la peau très épaissie, et terminé par un tout petit fragment d'ongle. *L'os de la phalange seul existe.* Les mouvements provoqués sont très limités, et encore plus les mouvements spontanés. Le *médius* est composé d'une phalange et d'une phalangine bien développées, d'une phalangette raccourcie. Les mouvements provoqués sont presque complets dans l'articulation métacarpo-phalangienne, limités dans l'articulation phalango-phalanginienne, nuls dans la dernière articulation. La phalange a 5 centimètres de longueur, la phalangine 4 centimètres, et la phalangette à peine un centimètre et demi. Celle-ci est légèrement

fléchie et portée vers le pouce. Elle se termine par un ongle déformé, épais de 3 à 5 millimètres. Toute la peau de la phalangette, sauf sur la face externe, est épaissie, et le siège de fissures et même de crevasses. L'*annulaire* peut être fléchi complètement, mais non étendu. Les articulations sont assez roides. Tandis que les doigts précédents n'ont pas de mouvements spontanés de latéralité, ils existent à l'*auriculaire*, dont l'articulation métacarpienne est libre, et les autres articulations un peu roides. Les deuxième, troisième et quatrième doigts sont plus volumineux au niveau de la jointure de la phalangine avec la phalangette qu'au niveau de l'articulation phalango-métacarpienne (les doigts de la *main droite* sont bien moins cylindriques). Les productions épidermiques prédominent sur le deuxième, et principalement sur le quatrième doigt. Sur les autres doigts et à la paume de la main, les épaississements paraissent dus à la profession. Très souvent, le pouce, passant au-dessous du moignon de l'index, vient s'appuyer sur la phalangine du médius.

Le malade prétend qu'il fatigue davantage de la main droite, bien qu'il s'en serve moins que de l'autre : « J'écris et je fais tout de la main gauche, » dit-il. Avant son entrée à Vaucluse, quand il n'avait pas de béquilles, il marchait sur les mains. Il s'appuyait principalement sur les articulations phalango-phalanginiennes. De là, des épaississements anciens de la peau qui s'étendent jusqu'aux articulations des phalanges avec le métacarpe. A la colonie de Vaucluse, il lui arrivait assez souvent de marcher sur les mains. Ici, il ne le fait qu'en jouant ou lorsque ses camarades lui cachent ses béquilles.

B... rappelle qu'autrefois les doigts des deux mains étaient placés en crochets. Ils se sont allongés progressivement. Cet allongement a commencé avant l'entrée à Bicêtre et est allé en augmentant.

Les mensurations suivantes donnent une idée des différences qui existent entre les doigts des deux mains.

	DROIT	GAUCHE
	—	—
	c.	c.
Circonférence du pouce à sa racine.	8,05	9
— au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne	7	8
— de l'index à sa racine	7	8
— au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne	7,02	8,02
— du médius à sa racine.	7,02	7,08
— — à la 2e articulation . .	8	8,05
— — à la 3e jointure. . . .	6,02	8
— de l'annulaire à sa racine	7,02	7,02
— — à sa 2e articulation.	7,05	8
— — à sa 3e —	6,05	6,05

	DROIT	GAUCHE
	—	—
	c.	c.
Circonférence de l'auriculaire à sa racine	7,02	7,02
— — à sa 2e articulation.	7,05	7,
— — à sa 3e —	5,05	5,05

Puberté. — Fine moustache blonde; quelques poils sur le menton, rien aux joues. Poils blonds, assez longs, moyennement abondants sous l'aisselle gauche. Quelques poils seulement en bas de l'aisselle droite, là où ne porte pas la béquille [1]. Poils peu nombreux sur la face postérieure des avant-bras. Poitrine et dos glabres. Poils châtains, longs, assez nombreux sur le pénil et à la racine du pénis; ils n'envahissent pas les aines et ne remontent pas vers l'ombilic. Bourses pendantes. Testicules inégaux : le gauche a le volume d'un œuf de pigeon, le droit est un peu plus petit. La longueur et la circonférence de la verge sont de 10 centimètres. Poils longs assez abondants autour de l'anus et dans le pli interfessier et au périnée. Quelques poils fins sur les cuisses et sur les jambes, notamment à la face externe. Les poils semblent un peu plus abondants sur les membres du côté droit, paralysés, que sur le gauche.

Membres inférieurs. — Au lit, le malade repose d'habitude sur le côté droit, la cuisse de ce côté en adduction croisant la gauche au-dessus du genou.

Côté droit. — Rigidité assez prononcée de la hanche : l'extension se fait jusqu'à l'angle droit; la flexion est très limitée; l'abduction est à peu près impossible; l'abduction habituelle n'est pas modifiable. Il y a donc une ankylose, mais incomplète, de la jointure. La jambe est d'ordinaire à angle droit sur la cuisse. L'extension est pour ainsi dire nulle et la flexion très limitée. Le genou, ankylosé, n'est pas déformé. Il y a une rétraction très prononcée des tendons des muscles du jarret des deux côtés et du muscle tenseur du fascia lata.

L'articulation du cou-de-pied est très rigide. Les mouvements d'extension et de flexion sont nuls, ceux d'abduction et d'adduction très circonscrits. Le malade élève un peu la jambe, la porte légèrement en dehors, davantage en dedans. Le pied, légèrement excavé, offre l'attitude du pied bot varus équin. Tous les orteils sont dirigés en dehors; l'écartement est en quelque sorte plus prononcé pour le gros orteil, étendu spasmodiquement sur le dos du pied. Les mouvements provoqués des jointures de tous les orteils se font facilement. La flexion spontanée du gros orteil est très bornée; le mouvement d'extension exagéré. Les mouvements spontanés des

[1] Cette aisselle offre les mêmes lésions trophiques que celles qui ont été décrites précédemment.

autres orteils sont à peu près normaux (rétraction du fléchisseur du deuxième orteil qui est déformé).

Côté gauche. — Roideur assez prononcée de la hanche. Flexion jusqu'à angle droit; extension incomplète : il n'est pas possible de coller la cuisse sur le lit; abduction presque nulle; adduction assez étendue. Contracture très prononcée des adducteurs.

Rigidité moyenne du genou; flexion presque totale, extension imparfaite. Mouvements de latéralité très limités. B... soulève la jambe, la plie, la porte en dehors et en dedans, mais tout cela d'une façon imparfaite. Les articulations métatarso-phalangiennes sont rigides, les autres articulations des orteils sont libres.

Le gros orteil est étendu sur la face dorsale du pied (contracture). Les mouvements spontanés sont assez étendus. Les ongles sont réguliers. Le pied est plat.

Dans la *station verticale* qui, comme la marche, n'est possible qu'avec des béquilles, la jambe gauche est un peu fléchie, portée en dedans et le talon est un peu relevé. La cuisse droite croise la gauche au-dessus de son genou et la jambe droite croise la gauche au-dessous de son genou, de telle sorte que le genou gauche est encadré dans le jarret droit. Le pied droit est vertical et ne repose sur le sol que par la pointe du gros orteil. Dans la *marche*, B... avance ses béquilles simultanément, les membres inférieurs conservant leur attitude de la station verticale, le tronc repose sur le gros orteil droit et sur les deux tiers antérieurs de la plante du pied gauche. Les béquilles fixées, il porte en masse le train postérieur en avant, le pied gauche frottant sur le sol.

Sensibilité spéciale, normale et égale des deux côtés. L'examen complet des yeux, pratiqué par notre ami le Dr Kœnig, n'a décelé aucune lésion. — Il en est de même de la *sensibilité des muqueuses*.

Sensibilité générale. — Elle est conservée sur la face, au cou, sur le tronc et les membres inférieurs. Toutefois B... prétend que le froid (projection d'eau) est plus vif à droite qu'à gauche; que d'habitude le membre inférieur gauche est toujours assez chaud tandis que le droit est toujours froid. Le chatouillement de la plante des pieds n'est pas perçu. Le *réflexe rotulien*, conservé à gauche, est très affaibli à droite. Pas de trépidation spinale. A ce moment de l'examen on observe un léger tremblotement des muscles de la jambe. — La *notion de position* est normale.

En ce qui concerne les *membres supérieurs*, les divers modes de la sensibilité sont conservés des deux côtés de l'épaule jusqu'au pli du coude en avant, jusqu'à l'olécrâne en arrière. Au-dessous on note les particularités suivantes :

Anesthésie du pli du coude à l'extrémité des doigts; *thermo-anesthésie* dans les mêmes régions; *analgésie* depuis l'extrémité des doigts jusqu'à cinq centimètres *au-dessous* du pli du coude et de

l'olécrâne. Les piqûres d'épingle ont déterminé autant de petites papules arrondies de trois à quatre millimètres de diamètre (urticaire artificielle) réunies par une bande érythémateuse. Ces *troubles vaso-moteurs* sont plus accusés à gauche qu'à droite.

La *force musculaire* est notablement plus faible à droite (côté paralysé) qu'à gauche ainsi que le montrent les expériences dynamométriques faites durant cinq jours avec le même instrument.

	MATIN		SOIR	
	DROIT	GAUCHE	DROIT	GAUCHE
Premier jour	14	25	16	28
Deuxième jour	14	25	15	29
Troisième jour	16	26	16	29
Quatrième jour	15	25	14	29
Cinquième jour	25	24	15	29

La *température rectale*, prise pendant cinq jours matin et soir, a oscillé entre 36°,8 et 37°,5.

MENSURATIONS DE LA TÊTE	1888	1889	1890		1893	1894		1895		1896	
	Juillet	Janvier	Janvier	Juillet	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet	Janvier	Juillet
Circonférence horizontale maxima	53,5	53	54	54	55	55	55	55,4	55	55	55
Demi-circonférence bi-auriculaire	34	36,5	36	35	36	36,1	36,2	36,3	36	36	36
Distance de l'articulation occipito-atloïde à la racine du nez	37	37,5	37	37	38	38	38	38,2	38	38	38
Diamèt. antéro-postérieur maximum	18	18	18	18,2	19	19	19	19,5	19	19	19
Diamètre bi-auriculaire	12,3	12	12,2	12,5	12,5	13,5	13,6	13,7	14	14	14
— bi-pariétal	14,5	14,6	15	14,5	15	15,4	15,4	15,5	15	15	15

		POIDS	TAILLE
1888	Juillet	27k,700	1m,28
1889	Janvier	27k,700	1m,28
	Juillet	28k,700	1m,28
1890	Janvier	31k,300	1m,31
	Juillet	33 k.	1m,325
1891	Janvier	33k,100	1m,345
	Juillet	33k,100	1m,345
1892	Janvier	33k,100	1m,35
	Juillet	35 k.	1m,37

		POIDS	TAILLE
1893	Janvier. . . .	40 k.	1m,41
	Juillet	42 k.	1m,45
1894	Janvier. . . .	50 k.	1m,50
	Juillet	50 k.	1m,50
1895	Janvier. . . .	50k,400	1m,50
	Juillet	50k,400	1m,50
1896	Janvier. . . .	48k,800	1m,50

MENSURATIONS DES MEMBRES SUPÉRIEURS	1888 D.	1888 G.	1896 D.	1896 G.
Circonfér. au niveau de l'aisselle.	22	23	29	30 1/2
— à 0m,10 au-dessus de l'olécrâne .	20	21	26	26
— à 0m,10 au-dessous de —	16	16	21 1/2	21 1/2
— au niveau du poignet.	15	16	17 1/2	17 1/2
— — du métacarpe	19	18,5	22	24
Distc de l'acromion à l'olécrâne	23	24	27,5	28,5
— de l'olécrâne à l'apoh. styl. du cubitus .	21	21	22	24
— du cubitus à l'extrémité du médius. .	15	14	18	17

MENSURATIONS DES MEMBRES INFÉRIEURS	1888 D.	1888 G.	1896 D.	1896 G.
Circonfér. au niveau de l'aine	32	35	40	43,5
— à 0m,10 au-dessus de la rotule . .	24	29,5	26	35
— à 0m,10 au-dessous	20	27	24,5	30,5
— au-dessus des malléoles	16	19	18	21
— à la partie moyenne du pied. . .	18	21	21,5	24,5
Distc de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'interligne articulaire du genou.	31	34	37,5	40
Distc de cet interligne à la malléole externe.	31	32	38,5	40
— de la malléole externe à l'extrémité de l'orteil médian.	15,5	15,5	17,5	17 [1]

Le malade dont nous venons de rapporter, peut-être trop longuement, l'histoire réunit en lui toute une série d'*accidents pathologiques* où le médecin, le chirurgien, le neurologiste ont chacun leur part.

I. — Dans les *antécédents héréditaires*, nous avons à mentionner les *excès de boisson* du père, le *suicide* d'un grand-oncle paternel, la mort par *congestion cérébrale* d'une grand'-tante, la *démence* chez une autre grand'tante, des *convulsions* chez sa mère, des *excès de boisson* chez son grand-père paternel et chez un oncle maternel ; enfin, la *consanguinité*.

[1] Ce qui doit tenir à l'attitude du pied.

II. — Bien qu'il faille être réservé sur l'influence des *impressions maternelles*, nous devons rappeler que, dans les premiers mois de la grossesse, la mère a été vivement frappée par la vue d'un mendiant atteint d'*hémiplégie* et que le père prétend que son fils a un bras et une jambe qui ressemblent à ceux du mendiant. Les *convulsions* survenues à trois reprises, vers deux ans et qui auraient duré chaque fois deux ou trois heures, nous paraissent expliquer d'ailleurs l'*hémiplégie* qui existe du côté droit, ainsi que la *paraplégie inférieure*. Si, d'après le père, on n'a pas remarqué de paralysie à la naissance, il n'y a plus de doute sur sa réalité, au retour de l'enfant de nourrice, à deux ans et demi; sa mère, en effet, a remarqué alors, que le *côté droit* de son enfant était *moins gros* et *plus faible* que le gauche, qu'il marchait en traînant la jambe droite et que les *mains étaient en crochet*.

III. — Nous croyons donc devoir rattacher aux convulsions, probablement symptomatiques d'une *sclérose cérébrale*, le premier groupe [1] d'accidents pathologiques observés chez B... et qui se sont traduits : *a*) par une *arriération intellectuelle; b*) par une hémiplégie du côté droit, par une *paralysie de la jambe gauche*, et enfin *c*) par l'*attitude des mains en crochet*.

IV. — L'*arriération intellectuelle* qui, au début, confinait à l'*imbécillité* est bien mise en relief par les certificats que nous avons reproduits et par les notes scolaires recueillies tant à la colonie de Vaucluse qu'à Bicêtre. Il s'y joignait une *perversion des instincts* assez prononcée, qui a paru s'exagérer par périodes durant lesquelles, entraîné par ses impulsions maladives ou cédant sans trop de résistance aux mauvais conseils d'enfants plus âgés, B... commettait de nombreux petits méfaits. Nous avons pu obtenir cependant, avec le temps, une amélioration assez sérieuse aussi bien sous le rapport intellectuel que sous le rapport moral. Si, à l'école, les progrès de B... ont été limités, en revanche, nous avons pu lui faire apprendre suffisamment pour en tirer profit, malgré son infirmité, le métier de cordonnier.

V. — L'*hémiplégie* du côté droit qui prédomine au membre

[1] L'enfant ayant été envoyé en nourrice trois ou quatre jours après sa naissance, nous n'avons pu savoir si certains accidents, comme la *laxité des ligaments* des coudes, était ou non congénitale.

inférieur se complique d'une *paralysie du membre inférieur gauche*. Il semblerait donc que les régions motrices du cerveau, correspondant aux membres inférieurs auraient été plus atteintes que les régions qui correspondent aux membres supérieurs. Les mensurations des membres faites à différentes reprises et dont nous ne citons que les deux extrêmes (1888 et 1896) mettent bien en relief les différences qui existent entre les membres des deux côtés du corps et donnent une idée de leur croissance durant cette période de huit années.

L'*hémiplégie* s'accompagne en outre, comme d'habitude, d'un *arrêt de développement* de la moitié correspondante du tronc, la face et le crâne demeurant à peu près tout à fait indemnes, — d'*arthropathies*, de *rétractions musculaires* et *tendineuses* peu prononcées aux jointures du membre supérieur mais très accusées au membre inférieur où elles ont été aggravées par des traumatismes et des lésions de nature scrofuleuse (?).

Y a-t-il eu autrefois une *coxalgie* à droite, ainsi que le fait supposer la note provenant de l'hôpital des Enfants malades, on ne saurait l'admettre d'une façon absolue. En tout cas, aujourd'hui, la hanche droite n'offre aucune déformation[1]; elle est le siège de *rétractions musculaires et tendineuses*, qui restreignent considérablement les mouvements, et l'ensemble de ces lésions, qui répond aux *arthropathies des hémiplégiques*[2], est, sauf le degré plus accusé, le même que celui qu'on observe à la hanche gauche.

Quant à l'attitude de la jambe droite, à l'ankylose du genou, à la déformation du pied, elles diffèrent de ce qu'on note d'ordinaire dans l'hémiplégie, mais ces modifications sont évidemment dues au traumatisme subi par le genou, aux abcès qui se sont formés, aux opérations qui ont été pratiquées. Le *membre inférieur gauche*, dans son attitude générale, dans ses jointures, présente les symptômes habituels (craquements, rigidité, arrêt de développement, etc.) des membres frappés de paralysie. — Rappelons que l'arrêt de développe-

[1] Cette opinion a été confirmée par notre collègue, M. le Dr Chaput, chirurgien de Bicêtre, qui a bien voulu examiner le malade au point de vue chirurgical.

[2] Bourneville. — *Etude sur les arthropathies consécutives à quelques maladies de la moelle et du cerveau* (Revue photogr. des hôpitaux, 1871, p. 9, 52, 67, etc.).

ment qui atteint les membres inférieurs, le droit plus que le gauche, a également intéressé le bassin et la partie la plus inférieure du thorax comme les *figures* 26, 27 et 29 permettent de le vérifier.

D'après le malade, qui a été soumis chaque année depuis son admission (1888) jusqu'à cette année à un traitement antiscrofuleux pendant l'hiver, à l'hydrothérapie durant l'été, les membres inférieurs, surtout le gauche, seraient devenus relativement plus agiles, les membres supérieurs se seraient fortifiés et l'*attitude en crochet* des mains aurait notablement diminué.

VI. — Nous nous bornerons, au *point de vue chirurgical*, à une simple énumération : *pouce à ressort*, *luxation de l'extrémité supérieure du radius*, *mutilations pathologiques* de deux doigts de la main gauche, *ankylose* et *attitude vicieuse* du genou droit, *rétractions* musculaires et tendineuses multiples.

VII. — Il nous reste maintenant à faire ressortir les points principaux d'une autre affection dont est atteint notre malade et qui paraît répondre à la *paréso-analgésie*, décrite par M. Morvan [1] et à laquelle on donne généralement son nom.

La *maladie de Morvan* et la *syringomyélie*, remises à jour dans ces dernières années, ont été l'objet, durant cette période, de nombreux travaux. Elles ont d'abord été étudiées séparément. Puis, divers auteurs ont soutenu que cette séparation n'était pas justifiée, que la *paréso-analgésie des extrémités supérieures* n'était qu'une variété clinique de la syringomyélie. MM. A. Joffroy et Achard, entre autres, se sont faits les défenseurs de cette théorie unitaire [2].

Au contraire, MM. Morvan, Charcot, Déjerine [3] et Bruhl [4], ont soutenu qu'il s'agissait là de deux maladies distinctes. M. Charcot a formulé son opinion dans une leçon faite en 1890, à la Salpêtrière, et a conclu en ces termes : « Il était opportun de vous parler de la *maladie de Morvan*, après nos

[1] Morvan. — *Gaz. hebd.*, 1883, p. 580, 590, 627, 722; — 1887 (cas de Prouff), p. 249; — 1889 (cas de Prouff et Gombault), p. 308, etc., etc.

[2] Joffroy et Achard. — *Soc. méd. des hôpitaux*, 11 juillet 1890, et *Archives de méd. expérim.*, 1890, p. 540.

[3] Déjerine. — *Soc. de biologie*, 5 juillet 1890, et *Médecine moderne*, 10 juillet 1890.

[4] Bruhl. — *Contribution à l'étude de la syringomyélie*, 1890, p. 72.

dernières leçons sur la *syringomyélie*, car les deux affections ont certains traits de ressemblance et sont confondues à tort, selon moi, par quelques auteurs. »

Récemment, M. le professeur Grasset, dans une leçon très intéressante, a discuté minutieusement cette question et a conclu qu'il y avait lieu de distinguer la *paréso-analgésie à panaris des extrémités supérieures* de la *syringomyélie* [1].

Le cas qui précède nous paraît appartenir à la maladie de Morvan. Tout d'abord, les troubles de la sensibilité sont analogues à ceux qu'a décrits cet auteur. Notre malade a une *anesthésie*, une *analgésie*, une *thermo-anesthésie* des doigts, des mains, des avant-bras jusqu au voisinage du pli du coude. Toutefois, la *région analgésique* est un peu moins étendue, en ce sens qu'au-dessous du pli du coude et au-dessous de l'olécrâne, c'est-à-dire à la partie tout à fait supérieure de l'avant-bras, et cela des deux côtés, il y a une zone d'environ cinq centimètres de hauteur au niveau de laquelle *la sensibilité à la douleur persiste*, alors que la sensibilité tactile, au froid, à la chaleur est abolie. Nous devons faire remarquer que les troubles de la sensibilité semblent quelquefois varier. C'est ainsi qu'en février 1890 nous avons noté une *dissociation partielle de la sensibilité*. Ce ne serait pas là une exception. « Aujourd'hui, dit M. Grasset, il est démontré par des faits nombreux que dans la maladie de Morvan la dissociation de la sensibilité peut parfaitement exister. » (*Loc. cit.*, p. 194.)

Les *troubles trophiques* sont aussi très nets. Le malade a eu deux *panaris* graves, absolument indolores; il y a eu une élimination d'une phalangette et d'une phalangine. De plus, il présente un épaississement de la peau, des crevasses, une sorte d'hypertrophie des doigts. Signalons aussi l'*attitude des mains en crochet* et une atrophie, à droite, des éminences thénar et hypothénar.

Nous avons eu la bonne fortune de montrer notre malade à MM. Morvan, Prouff et Déjerine au cours d'une visite qu'ils faisaient dans notre service et ils ont confirmé notre diagnostic.

[1] Grasset. — *Leçons de clinique médicale*, 11e série, Montpellier et Paris, 1896. — Nous ne pouvons pas, à propos de cette observation, refaire l'historique de ces deux maladies. Nous renvoyons le lecteur à la thèse si consciencieuse de M. Bruhl et à la leçon toute récente de M. Grasset.

EXAMEN ÉLECTRO-DIAGNOSTIQUE

Du cas précédent par le Dr RÉGNIER.

Pour mesurer la diminution de la sensibilité, comme nous n'avions pas à notre disposition de *pont différentiel* de Boudet (de Paris) ni de machine statique, nous avons adopté la technique suivante : une électrode indifférente constituée par une large plaque de zinc de 8 × 12 centimètres est appliquée sur la colonne vertébrale, à la région cervicale pour l'examen des membres supérieurs, à la région lombaire pour les membres inférieurs, l'électrode active est constituée par un tampon de charbon recouvert de peau de chamois de 2 centimètres de diamètre. Nous déterminons d'abord dans les régions saines la limite minima à laquelle le malade a la sensation du passage du courant. Elle correspond au 0 de l'appareil portatif à chariot de Chardin. La division de la règle est en centimètres. Pour l'appréciation des modifications de la contractilité musculaire nous avons suivi la méthode de Erb.

MEMBRE SUPÉRIEUR GAUCHE

A. *Sensibilité. — Main. — Face dorsale.*

Normale au niveau du 5e métacarpien.
Affaiblie au niveau du 4e = 1 division de la règle de l'appareil.
— 3e = 1 — —
— 2e = 3/4 — —
— 1er = 1/2 — —

Face palmaire.

1er métacarpien affaiblissement = 1 division.
2e métacarpien = 1/2 division.
3e — = 1/2 —
4e — = 1/4 —
5e — = 1/4 —

Avant-bras. — La diminution de la sensibilité = 1 division, et correspond exactement aux limites de l'anesthésie à la piqûre sur la face externe. Sur la face interne, la diminution = 1 division correspond à la zone d'anesthésie.

B. *Contractilité musculaire. Exploration faradique et galvanique.* — La contractilité est normale aux muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main.

MEMBRE INFÉRIEUR GAUCHE

Pied. — Sensibilité très diminuée au niveau du bord externe, = 2 divisions 1/2 ; il en est de même sur la face interne et sur la

face dorsale, ainsi qu'à la plante du pied. Dans cette dernière région la diminution est surtout prononcée au niveau de la tête des métatarsiens et du talon; diminution moindre = 1/2 division, au niveau du corps des 2e, 3e et 4e métatarsiens. Il existe de chaque côté du genou une zone de diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Jambe. — Diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 dans la moitié inférieure de la zone d'anesthésie.

C. *Contractilité musculaire. Exploration faradique.* — La contractilité est normale dans les muscles fessiers ainsi que dans ceux de la cuisse, de la jambe et du pied.

Exploration galvanique. — Pas de modifications du caractère de la contraction N F C > P F C > P O C. N O C n'est pas recherchée à cause de la douleur provoquée par le passage du courant.

La contraction musculaire est obtenue avec 5 milliampères.

MEMBRE SUPÉRIEUR DROIT

A. *Sensibilité.* — *Main.* — *Face externe :*

5e	métacarpien,	diminution	= 1	division.
4e	—	—	= 1	—
3e	—	—	= 1/4	—
2e	—	—	= 1 3/4	—
1er	—	—	= 1 1/4	—

Face interne.

1er	métacarpien-	diminution	= 1 1/2	division.
2e	—	—	= 1 1/2	—
3e	—	—	= 1 3/4	—
4e	—	—	= 1 1/4	—
5e	—	—	= 1	—

Avant-bras. — La diminution = 1 division sur la face externe du poignet jusqu'à 5 centimètres au-dessus de l'articulation ; la zone de diminution = 1/2 division, s'étend jusqu'à 1 centimètre au-dessous du pli du coude. Sur la face interne la diminution de la sensibilité est moindre = 1/2 division, elle s'étend jusqu'au pli du coude.

B. *Contractilité musculaire. Exploration faradique.* — La contractilité est normale dans les muscles de l'épaule, du bras, de l'avant-bras et de la main.

Exploration galvanique. — Contractilité normale.

MEMBRE INFÉRIEUR DROIT

A. *Sensibilité.* — *Pied.* — Sensibilité diminuée au niveau du gros orteil = 1 division, normale au niveau de la partie moyenne des

2e, 3e et 4e métatarsiens, diminuée au niveau des articulations métatarso-phalangiennes = 1 division. Au niveau du talon la diminution = 1 division 3/4. La diminution = 1 division sur le bord externe du pied jusqu'au niveau de la malléole externe.

Sur la face dorsale la diminution = 1 division jusqu'au niveau du pli articulaire de l'articulation du cou-de-pied. Sur le bord interne diminution = 1/2 division.

Jambe. — Diminution de la sensibilité = 1 division dans toute la moitié inférieure. Il y a également deux zones de diminution de la sensibilité = 1 division 1/2 sur la face interne et la face externe du genou, sur une étendue égale à la largeur d'une pièce de cinq francs. — A la cuisse, la sensibilité est normale.

B. *Contractilité. Exploration faradique.* — La contractilité est diminuée dans les muscles péroniers latéraux.

Exploration galvanique.— Dans les muscles où l'excitabilité faradique est diminuée, il existe également une modification de la réaction galvanique N F C = N O C. C'est le premier degré de la réaction de dégénérescence d'Erb.

En resumé, l'examen électrique démontre que tant au point de vue de la sensibilité que de la contractilité, les signes sont plus prononcés à droite qu'à gauche aux deux membres. Sur le tronc et la face, la sensibilité et la contractilité n'ont pas subi de modifications.

REVUE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES.

LXXV. Nouvel appareil pour apprécier le degré de la sensibilité douloureuse de la peau, ou algésiomètre; par O.-O. Motschutkowsky. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Un cylindre contient une aiguille organisée de telle sorte qu'à l'aide d'un système annulaire on puisse la faire sortir d'une quantité donnée pour agir sur la surface cutanée. Cette longueur de pointe qui actionne la peau est numérotée sur le cylindre, en vertu de conventions divisionnaires faciles à lire. On obtient ainsi une échelle de sensibilité. On connaît, en effet, exactement le moment où la pointe touche la peau et de combien elle l'intéresse; on con-

trôle avec sa montre à secondes, et l'on obtient de cette façon les modalités du contact, c'est-à-dire de la sensation douloureuse. Toutes conditions qui, d'ailleurs, ont été préalablement déterminées, jusques et y compris l'intervention d'un dynamomètre, quand on a voulu graduer l'appareil. De sorte que celui-ci représente en réalité une échelle de normales, à peu près comme un thermomètre.

A l'aide de cet instrument, M. Motschutkowsky a vu que la force de la sensation douloureuse ne correspond point partout à l'épaisseur de la peau : à épaisseur égale de la peau en diverses places, la sensation douloureuse est influencée par le degré de résistance du tissu sous-jacent; plus le substratum est dur, plus violente est la douleur. — L'épaisseur de la couche épidermoïde exerce une grande influence sur la douleur, elles sont inversement proportionnelles l'une à l'autre. — Les muqueuses sont moins sensibles que la peau. — La sensibilité atteint son acmé à la face dorsale des articulations phalangiennes des doigts, et à la limite du front et du cuir chevelu; son minimum est à la fesse et à la plante des pieds.

En résumé, les avantages présentés par ce petit appareil seraient : 1° notation chiffrée de la sensation douloureuse ; 2° contrôle de l'appareil sur soi-même; 3° application à toutes les intelligences de malades; 4° suppression de toute action émotive ; 5° suppression de toute effusion de sang (aiguille très épaisse à cône piquant de dimension insignifiante); 6° rapidité d'exécution. P. K.

LXXVI. LE TUBERCULE QUADRIJUMEAU POSTÉRIEUR COMME CENTRE DE L'OUIE, DE LA VOIX ET DES RÉFLEXES; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Voici ce que dit M. de Bechterew :

J'ai démontré l'union du tubercule quadrijumeau postérieur avec mon noyau réticulaire de la calotte protubérantielle au moyen de fibres spéciales qui, sur les côtés de la partie supérieure de cette calotte et en dedans du ruban de Reil inférieur et latéral descendent en arrière du ruban de Reil proprement dit. Or ce noyau est en étroite relation, par un trousseau vertical, avec la substance grise de la protubérance ainsi qu'avec les fibres de la formation réticulaire qui constituent le prolongement direct et supérieur des faisceaux fondamentaux des cordons antérieurs et latéraux de la moelle; il y a *par conséquent relations anatomiques du tubercule quadrijumeau postérieur et de la zone motrice.*

D'autre part, on sait que le tubercule quadrijumeau postérieur est en rapports directs avec l'acoustique notamment avec la branche cochléaire de celui-ci; sur des cerveaux d'embryons de 28 à 30 centimètres de long, le tubercule quadrijumeau inférieur se relie à l'olive supérieure et au corps trapézoïde par le ruban de Reil latéral, et, par là, au nerf de la huitième paire. De plus, la racine pos-

térieure de l'auditif est un prolongement immédiat de sa branche cochléaire, et est en relation avec le corps trapézoïde ; il y a donc, par cette voie, au moyen du corps trapézoïde et du ruban de Reil latéral, *union entre le tubercule quadrijumeau postérieur et la branche cochléaire de l'auditif.*

La destruction du limaçon par Baginsky et Kirilzew montre que les fibres de la racine postérieure de l'acoustique se terminent au noyau acoustique antérieur, au tubercule acoustique, aux olives supérieures, au tubercule bijumeau postérieur du côté opposé. Les fibres de la racine postérieure, qui se terminent dans les olives supérieures, passent par le corps trapézoïde ; celles qui se terminent dans le tubercule quadrijumeau postérieur passent aussi dans le ruban de Reil inférieur. Held ajoute que la racine postérieure de l'auditif a également des relations avec le tubercule quadrijumeau postérieur du même côté, que le trajet des sensations auditives entre le tubercule quadrijumeau et le rameau cochléaire de l'acoutisque contient et des fibres centripètes et des fibres centrifuges, et que le trajet acoustique entretient des relations anatomiques étendues destinées à la transmission réflexe des impulsions motrices, car les fibres acoustiques atteignent non seulement le tubercule quadrijumeau postérieur, mais en partie aussi le tubercule quadrijumeau antérieur, dans lesquels elles touchent les cellules originelles des systèmes descendants (noyaux des nerfs de l'œil, cordons antérieurs de la moelle). Les fibres optiques étant en relation avec ces cellules, il existe *une communication réflexe commune oculo-auditive*. En effet des fibres du corps trapézoïde, qui sert de voie centrale aux sensations auditives, et des olives supérieures, qui servent de postes interrupteurs des fibres du corps trapézoïde, part un gros trousseau de fibres qui vont au noyau de l'oculomoteur externe du côté opposé. Monakow a montré qu'il faut attribuer, pour l'ouïe, au tubercule quadrijumeau postérieur et au corps genouillé interne la même importance qu'on attribue, pour la vue, au tubercule quadrijumeau antérieur, et au corps genouillé externe.

Ce n'est pas tout.

La destruction parfaite du tubercule quadrijumeau postérieur chez le rat blanc, le cochon d'Inde, ou le lapin, en les rendant sourds des deux oreilles, affaiblit ou fait disparaître leur *voix* (Bechterew), selon le degré de la destruction, sans que cela puisse être attribué à la respiration de ces animaux. D'après Onodi et Bechterew, il existe à la base du cerveau, un centre de 8 millimètres sur une ligne séparant le tubercule quadrijumeau antérieur du tubercule quadrijumeau postérieur, qui est le centre spécial de la voix. Enfin, le tubercule quadrijumeau postérieur des mammifères contient un centre vocal dont le développement se rattache à celui de l'organe de l'ouïe, lui-même en intime relation avec le tubercule quadrijumeau postérieur.

Un animal dont on a radicalement détruit le tubercule quadrijumeau postérieur perd la *faculté de se tenir debout et de marcher quoiqu'il conserve la liberté des mouvements de ses membres*. Une simple lésion du tubercule quadrijumeau postérieur entraîne de la propension à tomber de côté, à tituber, à prendre des attitudes ou à exécuter des mouvements irrésistibles, parfois avec du nystagmus, ou encore, au moins dans les premiers temps, avec l'impossibilité de dresser le pavillon de l'oreille du côté opposé et de le tourner du côté où vient le son. Si on excite à l'aide du courant électrique une des éminences du tubercule quadrijumeau postérieur, on obtient une déviation des globes oculaires du côté opposé, avec redressement du pavillon de l'oreille du côté opposé, et des contractions convulsives de la moitié opposée du corps. Augmentez la force du courant et vous obtenez : une rotation de la tête et du tronc autour de l'axe du corps vers le côté excité, avec convulsions bilatérales. Excitez les deux éminences du tubercule quadrijumeau postérieur, vous obtenez toujours des mouvements convulsifs bilatéraux et assez souvent un cri. Il faut donc attribuer à l'organe en question ce que jusqu'ici l'on attribuait au pédoncule cérébelleux antérieur. P. KERAVAL.

LXXVII. DE LA PLACE OCCUPÉE DANS LE BULBE PAR LES FIBRES DES CORDONS ANTÉRIEURS DES PYRAMIDES ; par L. JACOBSOHN. (*Neurol. Centralb.*, XIV, 1895.)

L'étude comparative des dégénérescences secondaires du cordon antérieur des pyramides et du cordon latéral des pyramides dans un cas de ramollissement ayant lésé les pyramides dans la protubérance inspire à l'auteur les réflexions suivantes :

Très probablement, des fibres du cordon antérieur des pyramides ne se mélangent point dans le tronc du cerveau, avec celles du cordon latéral. Si elles sont conglomérées en un seul cordon, elles marchent à côté les unes des autres. Ce n'est qu'ainsi que l'on peut comprendre que, bien que toutes atteintes par un même processus pathologique, celles du cordon latéral étaient plus atteintes que celles, voisines, du cordon antérieur; par suite, la dégénérescence descendante des premières était plus considérable que celle des secondes. En effet, s'il y avait eu fusion, il serait extraordinaire que la lésion ait exactement et toujours plus atteint les fibres du cordon latéral que celles du cordon antérieur.

Ayant procédé à de nouvelles dissections soit sur des pièces fraîches, soit sur des pièces durcies, empruntées à l'entre-croisement des pyramides, M. Jacobsohn conclut que : les fibres des pyramides qui, ne s'entre-croisant pas à la région de passage entre le cerveau et la moelle, descendent du même côté dans le cordon antérieur de la moelle tout contre le sillon longitudinal antérieur,

occupent dans le bulbe, tout près de l'entre-croisement des pyramides, l'angle latéral du faisceau pyramidal, et, dans cet angle, continuent à se tenir tout le long du bulbe.

Une minutieuse comparaison de la coupe transverse pratiquée au voisinage de l'entre-croisement des pyramides, et de la coupe transverse exécutée à travers le milieu de l'entre-croisement (v. les figures) démontre que : ce sont les trousseaux postérieurement placés qui se portent de l'autre côté, fait également constaté dans les coupes antéro-postérieures à travers le tronc du cerveau normal. A ces fibres postérieures s'adjoignent celles qui occupent le sillon longitudinal postérieur. Les fibres antérieures se placent dans l'ordre que voici : plus latéraux sont les plans qu'elles occupent dans le faisceau pyramidal, plus tard elles abordent l'entre-croisement, et inversement, jusqu'à ce que finalement les plus latérales ne s'entre-croisant plus, restant au contraire du même côté, descendent tout droit dans le sillon longitudinal à l'état de cordon antérieur des pyramides. Ces fibres-là, dans la moelle, s'entre-croisent, non en trousseaux, mais isolément, allant alors, par la commissure antérieure, aux cellules motrices de la corne antérieure de l'autre côté. P. KERAVAL.

LXXVIII. LE FAISCEAU CÉRÉBRO-CÉRÉBELLEUX CROISÉ; par G. MINGAZZINI. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Etude critique des travaux récents, de laquelle l'auteur déduit que : il n'y a pas de faisceau cérébro-cérébelleux croisé direct. Sans doute, une lésion hémi-cérébrale est parfois suivie d'une atrophie de l'hémisphère cérébelleux du côté opposé, mais c'est parce qu'alors il y a lésion concomitante de la couche optique du même côté qui est la voie de communication cérébro-cérébelleuse.

P. K.

LXXIX. DES ALTÉRATIONS DE LA MOELLE CONSÉCUTIVES A UNE OBTURATION MOMENTANÉE DE L'AORTE ABDOMINALE. CONTRIBUTION A LA PATHOLOGIE DES CELLULES NERVEUSES; par A. SARBO. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Si on lie pendant une heure l'aorte abdominale, on obtient une désagrégation du protoplasma du corps des cellules nerveuses en fines granulations, suivie d'une atrophie homogène progressive du noyau. Quelquefois il y a tuméfaction uniforme des cellules avec sclérose partielle du protoplasma. Quoi qu'il en soit, cette dégénérescence cellulaire constitue du *ramollissement aigu de la substance grise*. Neuf jours après la ligature, la désagrégation a été complète, des cellules ont disparu, et les cornes de la moelle sont remplacées par un tissu formé de névroglie, d'éléments épithé-

lioïdes, de cellules de prolifération; les fibres nerveuses sont atrophiées, surtout dans les cordons antéro-latéraux, et les gaines myéliniques se désagrègent au niveau des points les plus atteints. P. K.

LXXX. CONSERVATION DES MOUVEMENTS DE FLEXION A L'ARTICULATION HUMÉRO-CUBITALE DANS UN CAS DE PARALYSIE COMPLÈTE DU PLEXUS DE ERB; par H. WEBER. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

A la suite d'une séance de chloroformisation nécessaire pour l'ablation d'un corps étranger vésical, un jeune apprenti serrurier de seize ans présente un affaiblissement général, avec paralysie partielle du bras droit. C'est la paralysie du plexus brachial de Erb, avec dégénérescence complète des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur, long supinateur, dégénérescence moindre des sus et sous-épineux et sous-scapulaire, paralysie de la sensibilité dans le territoire des nerfs axillaires, musculo-cutané, radial. Le malade ne peut faire aucun mouvement qui ait pour centre l'articulation de l'épaule, si ce n'est l'adduction du bras et porter celui-ci dans le dos. L'avant-bras a conservé ses mouvements d'extension, de supination, de pronation, mais la flexion en est possible, quoique limitée, excepté quand le membre est placé en supination. Pendant la flexion de l'avant-bras, on sent dans la profondeur du condyle externe de l'humérus une masse musculaire énergiquement contractée. Il en résulte que cette flexion a pour facteurs le muscle premier radial externe aidé des épicondyliens, qui n'agissent ainsi que parce qu'ils sont hypertrophiés. D'où l'indication d'exercer et de masser ces muscles-là pour ramener la flexion perdue de l'articulation du coude. L'électricité, dans l'espèce, guérit complètement le jeune homme en trois mois. P. K.

LXXXI. DU NERF OPTIQUE DU PIGEON; par MAYSER. (*Allg. Zeitschr. f. Psychiat.*, LI, 2.)

Il n'y a pas chez lui, d'entre-croisement total des nerfs optiques. La masse principale de la bandelette optique des oiseaux, qui recouvre le lobe optique, comme un manteau, se divise en deux parties : 1° une partie antéro-supérieure ; 2° une partie postéro-inférieure. Chacune de ces parties constitue un gros trousseau radiculaire. Ces deux trousseaux ne sont pas nettement séparés l'un de l'autre ; au niveau de la face latérale du lobe optique qu'ils embrassent à la façon d'un globe creux, ils sont en continuité au moyen d'une large couche optique intermédiaire. Chacun d'eux est aussi accompagné d'un petit satellite médian également composé de fibres optiques ; les fibres de ce satellite inféro-médian ne sont point des fibres pédonculaires ; la bandelette optique ne monte pas dans le cerveau antérieur.

Quand on a, chez l'oiseau, énucléé un œil, il se produit une dégénérescence à peu près totale de la bandelette optique du côté opposé. La bandelette optique correspondante est recouverte d'une couche de fibres bien conservées assez uniformément disposées sur toute la surface. Il est impossible que ces fibres soient optiques; partie d'entre elles proviennent des systèmes commissuraux optiques (sorte de commissure de Meynert), — partie émanent du corps genouillé thalamique de Bellonci, — d'autres enfin paraissent prendre naissance dans la substance grise de la paroi latérale du cerveau intermédiaire (couches optiques) qui, en dedans du corps genouillé thalamique, borde latéralement l'appendice antérieur ou ventral du pédoncule cérébral et est antérieure au gros noyau pédonculaire. L'homologue de la commissure de Meynert serait située en arrière et, en partie, un peu au centre de la commissure de de Gudden.

La paroi postérieure du tuber cinereum contiendrait un nodus gris, allongé en avant en forme de coin, sorte de ganglion terminal des fibres optiques, de celles qui occupent la face médiane de la racine optique inféro-postérieure. Les fibres, qui suivent la voie de la racine optique supéro-antérieure, se terminent dans une grosse nodosité grise située en dehors du noyau du pathétique; cette nodosité reçoit aussi des fibres du noyau du pathétique voisin, ainsi que du faisceau longitudinal postérieur du bulbe duquel, d'autre part, beaucoup de fibres vont passer dans les noyaux des nerfs moteurs de l'œil. Il se pourrait que la dernière nodosité donnât naissance aux fibres optiques qui se terminent dans la couche granuleuse interne de la rétine à l'état de ramuscules terminaux.

P. Keraval.

LXXXII. Faisceaux cérébelleux descendants; par A. Biedl (*Neurol. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Sectionne-t-on, chez le chat, le corps restiforme gauche à 1 centimètre, ou 1 centimètre et demi de distance du calamus scriptorius, l'animal se met à tourner autour de l'axe de son corps, de droite à gauche, puis surviennent des attaques convulsives des quatre pattes, la tête est alternativement fléchie et étendue, etc. Quant à l'examen histologique des lésions consécutives, il montre une dégénérescence des fibres à direction horizontale, des fibres à direction radiaire, des fibres à direction longitudinale. Le détail de ces altérations permet de conclure, d'après M. Biedl, ce qui suit.

Le corps restiforme donne naissance à des fibres qui vont aux deux faisceaux longitudinaux postérieurs et, s'infléchissant à leur niveau pour se diriger en bas, en forment les parties constitutives, La dénomination de faisceau longitudinal postérieur n'est usitée que jusque, à peu près, à l'extrémité inférieure des grosses olives. A la hauteur de l'entre-croisement des rubans de Reil, la région en

question s'appelle faisceau radiculaire antérieur. Ici, nous trouvons dans l'espèce, les fibres longitudinales dégénérées ; on peut les suivre jusque dans la moelle cervicale supérieure. Le faisceau longitudinal postérieur du côté lésé se trouve aussi, par un petit nombre de fibres radiaires, en rapport avec une aire de dégénérescence que j'ai désignée, dans les coupes transverses successivement étagées du bulbe, sous le nom de vestige du cordon antéro-latéral. Or, s'il y a là un surcroît de fibres dégénérées, c'est au corps restiforme que cela est dû, par les fibres arciformes, internes, moyennes et externes qui, à ce niveau, s'infléchissent en prenant une direction longitudinale. Ces fibres courent tout le long de la moelle et forment l'aire de dégénérescence décrite dans le cordon antéro-latéral. La dégénérescence des fibres radiculaires émergentes d'une série de nerfs craniens, celle aussi d'un très grand nombre de fibres radiculaires antérieures émergentes de la moelle, sont la conséquence des altérations dégénératives, soit dans les faisceaux longitudinaux postérieurs, soit dans le cordon antéro-latéral. Ces deux dernières dégénérescences prouvent l'existence d'un système tirant ses fibres du corps restiforme.

Un second système est formé par le vestige du cordon latéral ; les fibres arciformes externes y apportent des fibres du corps restiforme. Peut-être même celui-ci donne-t-il au noyau du cordon latéral ? Il est impossible de se prononcer encore sur ce point.

Un troisième groupe de fibres est celui des fibres entre-croisées. Une importance spéciale doit être, sous ce rapport, attribuée à la dégénérescence des fibres entre-croisées qui vont du corps restiforme à la grosse olive du côté opposé. Elle confirme la manière de voir de Koelliker, d'après laquelle ces fibres cérébello-olivaires sont un trousseau centrifuge, du moins une petite partie d'entre elles. Les fibres qui pénètrent dans l'olive du côté opposé, s'y terminent probablement et ne vont pas, après l'avoir traversée, au cordon latéral de la moelle, car il n'y a de dégénérescence que du cordon latéral du côté vivisecté.

Par conséquent, la grosse olive du côté opposé, est une annexe cérébelleuse et les fibres cérébello-olivaires sont, en partie du moins, centrifuges. Le corps restiforme joint, dans le bulbe, le vestige du cordon latéral ; de là partent des fibres centrifuges qui vont jusque dans la moelle lombaire. Du cervelet partent aussi des fibres centrifuges qui, traversant la portion latérale du corps restiforme, se rendent à la région du noyau du cordon latéral. Et la section du corps restiforme entraîne une dégénérescence descendante du cordon latéral qui n'a aucun rapport avec la pyramide. Le *cordon latéral des pyramides* n'appartient donc pas exclusivement à la grande communication entre-croisée musculo-motrice ; il *contient aussi des fibres qui, sans s'entre-croiser, sont centrifuges et viennent, non du cerveau, mais du cervelet.*

Le *trousseau cérébelleux centrifuge* proprement dit quitte le cervelet par le corps restiforme, dans lequel il occupe la partie médiane. En passant dans le bulbe, ce trousseau, jusque-là compact, se partage en un groupe de fibres arciformes internes et en un autre groupe de fibres arciformes moyennes. Les premières passent tout à fait en arrière, sous les noyaux gris du ventricule et entrent dans le faisceau longitudinal postérieur. Les secondes se dirigent obliquement au milieu et en avant, pour se terminer dans la substance blanche réticulaire qui, sur une coupe transverse, est située entre le faisceau longitudinal postérieur et l'olive supérieure.

Enfin le corps restiforme fournit des fibres arciformes internes et externes au vestige du cordon antéro-latéral du bulbe.

Les fibres cérébelleuses centrifuges sont donc représentées dans le bulbe par deux écheveaux. Celui du faisceau longitudinal postérieur et le vestige du cordon antéro-latéral. Le premier est exclusivement un raccord centrifuge entre le cervelet et le bulbe ; les nerfs craniens en rapport avec le faisceau longitudinal postérieur contiennent quelques fibres originaires du cervelet. Par le vestige du cordon antéro-latéral dans le bulbe, les activités cérébelleuses passent à la moelle.

Dans la moelle, nous retrouvons, le trousseau cérébelleux centrifuge, qui occupe le cordon antéro-latéral, et, plus bas, dans la moelle lombaire, le cordon antérieur. Les racines antérieures émergentes de la moelle contiennent aussi des fibres cérébelleuses centrifuges. Entre le faisceau longitudinal postérieur et le cordon antéro-latéral il y a, par passage dans le second des fibres du premier, continuité et analogie. Le faisceau longitudinal postérieur joue vis-à-vis des nerfs craniens, le rôle que joue le cordon antéro-latéral pour les nerfs spinaux. P. KERAVAL.

LXXXIII. DE L'IMPORTANCE QU'IL Y A A COMBINER LA MÉTHODE EMBRYOGÉNIQUE ET DÉGÉNÉRATIVE AVEC CELLE DES VIVISECTIONS POUR LA PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE DU SYSTÈME NERVEUX ET LE RÔLE DES FAISCEAUX GRÊLES ET CÉRÉBELLEUX DANS LA FONCTION DE L'ÉQUILIBRE ; par W. DE BECHTEREW. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

La méthode embryogénique a démontré que le développement des fonctions cérébrales, chez les nouveau-nés, va de pair avec le développement successif de chacune des parties du système nerveux, avec la genèse des manchons myéliques des fibres de ces parties. La conscience s'exerce chez le nouveau-né, pour cette raison, par les centres inférieurs, dont le développement est précoce, et monte graduellement dans les centres supérieurs avec le développement de ceux-ci.

L'animal nouveau-né parcourt, pendant son développement, l'échelle de l'animalité, depuis le degré le plus bas, celui dans

lequel l'acte conscient paraît en rapport avec les centres cérébraux inférieurs, jusqu'au degré le plus élevé, dans lequel la fonction conscience s'exerce principalement par l'écorce des hémisphères. Fibres myéliniques et cellules sont les facteurs des fonctions. On arrive par l'observation combinée à l'expérimentation chez le nouveau-né à bien limiter les centres, et à étudier jusqu'à un certain point, les parties constitutives des nerfs périphériques. Les résultats acquièrent une précision extrême quand on examine les dégénérescences secondaires d'origine expérimentale, et qu'on se rend compte, par elles, des effets positifs ou négatifs de l'excitation électrique ou de la destruction des régions qui contiennent des trousseaux dégénérés. Ainsi le corps strié est inexcitable parce que chez les animaux auxquels on a préalablement extirpé la zone motrice (dégénérescence consécutive du faisceau pyramidal), les courants électriques de force moyenne appliqués sur le noyau caudé ne produisent plus d'effet moteur, alors que cela a lieu chez l'animal auquel on n'a pas préalablement enlevé la zone motrice corticale.

Cette méthode de vivisection avec étude des dégénérescences rend d'inimitables services, lorsqu'on l'associe à l'étude du développement successif des systèmes et trousseaux de l'animal nouveau-né. En voici un exemple :

L'enroulement forcé des animaux autour de l'axe du corps et leur propension à tomber a lieu par suite de la lésion du faisceau cérébelleux dans les cordons latéraux de la moelle. L'excitation de ce faisceau dans la région du vermis, et à l'extrémité centrale de la moelle des animaux nouveau-nés, produit la rotation du tronc et de la tête autour de l'axe du corps du côté opposé tandis que la tête regarde l'épaule correspondante. Donc le faisceau cérébelleux des cordons latéraux est un système de fibres qui joue un rôle important dans la fonction de l'équilibre. P. K.

LXXXIV. NOUVELLES RECHERCHES SUR LE SYMPTÔME ULNAIRE (*analgésie cubitale*), CHEZ LES ALIÉNÉS ; par W. GOEBEL. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'analgésie du tronc du cubital dans la rainure du condyle interne de l'humérus (Biernacki) paraît être un signe pathognomonique, un élément de diagnostic de paralysie générale (chez l'homme), mais elle existe aussi dans l'épilepsie. Quand on soupçonne la paralysie générale, l'existence de cette analgésie paraît constamment en faveur de cette psychopathie organique, son absence semble militer contre la paralysie générale. Mais, chez la femme, ni la conservation, ni la suppression de la sensibilité à la douleur du tronc ulnaire ne peuvent servir d'élément de diagnostic pour ou contre la paralysie générale.

L'analgésie ulnaire a pour cause, dans la paralysie générale, la déchéance des éléments histologiques de l'écorce ; chez les autres aliénés elle est un trouble fonctionnel. P. K.

LXXXV. CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'EXCITABILITÉ ÉLECTRIQUE DE LA MOELLE HUMAINE; par A. HOCHE. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

L'auteur a été assez heureux pour pouvoir examiner le cadavre d'un guillotiné trois minutes après la mort. La section, très nette, sans esquilles, au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, laissait voir un plan transverse lisse et poli de la moelle en cette région. Sur cette surface de section, plaçant légèrement les deux pôles d'un courant faradique suffisant pour, chez le vivant, exciter le cubital, M. Hoche a observé ce qui suit : le cadavre, couché à plat, a levé aussitôt les deux bras, fléchissant les coudes, et fermant les poings, la cage thoracique a exécuté des mouvements d'inspiration à plusieurs reprises, si bien que le tronçon du cou sectionné s'est mis à saigner, les deux jambes se sont étendues rigides quel que fût le point de la coupe transverse excité, le même complexus moteur symétrique s'est reproduit pendant quelques minutes. Douze minutes après la mort, on n'obtenait plus que des contractions dans les muscles du cou. Quelques minutes plus tard, on n'obtenait plus rien du tout. Les nerfs périphériques recouverts de la peau sont encore sensibles au courant faradique cinq quarts d'heure après la mort, ceux au contraire que l'on met à nu perdent rapidement cette excitabilité au contact de l'air. L'examen microscopique révéla plus tard une parfaite intégrité de la moelle.

P. KERAVAL.

LXXXVI. SUR LA VALEUR RESPECTIVE DE LA PARTIE CHROMATIQUE ET ACHROMATIQUE DU CITOPLASME DES CELLULES NERVEUSES ; par E. LUGARO. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, n° 1, 1896.)

LXXXVII. SUR L'ANATOMIE MICROSCOPIQUE DU PONT DE VAROLE CHEZ L'HOMME ; par le Dr E. PUSATERI. (*Riv. de pat. nerv. et ment.*, n° 1, 1896.)

LXXXVIII. SUR L'EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE DU SANG DANS LE DÉLIRE AIGU; par le Dr Clemente CABITTO. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, n° 2, 1896.)

Dans quelques cas, correspondant cliniquement à la forme appelée par Bianchi « délire aigu bacillaire », les examens bactériologiques du sang sont restés négatifs. J. S.

LXXXIX. Recherches expérimentales sur l'influence du cerveau sur l'échange azoté; par le Dr Belmondo. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, n° 2, 1896.)

XC. Sur l'anatomie microscopique des régions pédonculaires et subthalamiques chez l'homme; par le Dr Domenico Mirto. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 2, 1896.)

XCI. Sur les rapports anastomotiques du nerf accessoire et du vague; par les Drs Mirto et Pusateri. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 2, 1896.)

XCII. Observations cliniques et anatomo-pathologiques relatives a un cas peu commun de poliomyélite antérieure aigue; par le Dr Ezio Luisada. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 3, 1896.)

XCIII. Sur les effets de l'extirpation des glandes parathyrodiennes; par C. Vassale et F. Generali. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 3, 1896.)

XCIV. Modification de la méthode au bichlorure de mercure pour l'étude des centres nerveux; par le Dr G. Mirto. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 3, 1896.)

REVUE DE PATHOLOGIE MENTALE.

LX. Sur l'évolution du délire paranoïaque; par del Greco. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

L'évolution du délire paranoïaque, au point de vue descriptif, peut se diviser d'après les étapes suivantes: phases hypocondriaques, des interprétations délirantes et des hallucinations verbales auditives de persécution, de systématisation, de dissolution délirante avec idées de grandeur. — L'évolution du délire paranoïaque peut être regardée comme un processus de dégénérescence mentale qui trouve dans plusieurs formes paranoïaques inévolutives, stationnaires, l'analogue de quelqu'une de ses phases. La caractéristique réside dans une réaction aperceptive persistante (bien qu'inégale dans ses résultats) en face d'un travail de dissociation mentale,

qui se développe de façon à irriter la fonction aperceptive (synthèse mentale), loin de l'anihiler et par les conséquences qui en découlent (idées délirantes), montre surtout la déchéance de l'intelligence. Cette caractéristique aurait quelque importance pour la distinction des formes paranoïaques proprement dites avec les formes sensorielles et lypémaniaques. J. SEGLAS.

LXI. SUR QUELQUES PROBLÈMES RELATIFS A LA PARALYSIE GÉNÉRALE; par le Dr ANGIOLELLA. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

Ces problèmes sont ceux relatifs à l'étiologie, à la nature du processus anatomique, à son extension, à l'augmentation de la paralysie, aux variétés cliniques, au traitement.

Il semble que le processus anatomo-pathologique qui est à la base de la paralysie générale soit le plus souvent l'effet de substances toxiques circulant dans le sang, et qui peuvent être des produits de l'infection syphilitique ou d'autres poisons spéciaux, alcool, nicotine, etc..., ou peut-être des substances qui se produisent dans l'organisme débilité par un travail excessif du système nerveux. La forme anatomique comme les symptômes cliniques sont, dans tous les cas, identiques et par suite on ne peut en aucun cas les distinguer en l'absence d'un critérium bactériologique ou clinique.— Le point de départ du processus anatomique paraît être le système vasculaire et les altérations interstitielles et parenchymateuses seraient la conséquence de celles des vaisseaux. Les dégénérescences cellulaires peuvent être cependant produites en partie directement par l'action des substances toxiques contenues dans le sang. — Le processus s'étend à tout le système nerveux; il semble cependant que dans des cas particuliers, certaines régions soient atteintes de préférence. — L'augmentation des cas de paralysie générale résulte de toutes les causes dégénératives et morbides que l'extension de la civilisation entraîne avec elle. — Les formes cliniques sont très variables, mais il est difficile de les distinguer en différentes catégories, reliées à chaque facteur étiologique : il semble plutôt que leur variété tienne à la différence de localisation du processus anatomique. — Pour le traitement, il semble démontré que le traitement antisyphilitique reste impuissant, et que l'affection soit incurable. J. S.

LXII. LA SUGGESTION EN PSYCHOTHÉRAPIE; par le Dr R. GALDI. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

La suggestion à l'état de veille, plus que l'hypnotique, est d'une très grande utilité en psychothérapie : si ses avantages peuvent être encore mis en doute dans certaines formes de maladies mentales, ils sont certainement incontestables dans les psychoses hys-

tériques. La thérapeutique des psychopathies étant encore très défectueuse, il ne faut jamais négliger le traitement suggestif dans tous les cas où il présente une indication formelle. La suggestion à l'état de veille ne doit pas être faite avec routine, mais doit se modeler sur chaque cas clinique. J. S.

LXIII. Le choléra chez les aliénés; par le Dr D. Ventra. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

Relation d'une épidémie cholérique au manicome de Nocera en septembre-octobre 1893. La plupart des malades atteints étaient des déments, des phrénasthéniques et des épileptiques invétérés. Parmi les maniaques et lypémaniaques, beaucoup étaient épuisés et dans le marasme. En général, le paroxysme cholérique ne modifia nullement les conditions psychopathiques, d'agitation chez les maniaques, de dépression chez les mélancoliques, d'apathie chez les déments, de délire chez les paranoïaques, contrairement à ce que le Dr Camuset a observé pour les deux premières formes : la dépression n'apparaissait chez les maniaques et les agités que durant la période de collapsus et préagonique. La majeure partie des malades, sans en excepter les phrénasthéniques et les déments présentèrent, avec l'aggravation de la maladie intercurrente, comme un retour à la lucidité et quelques-uns se lamentaient de leur fin prochaine et se rappelaient leurs parents dont ils étaient séparés. La phase aiguë de l'attaque n'a pas empêché presque tous les épileptiques d'avoir leurs accès habituels, jusqu'à 10 en quelques heures. La phase typhoïde consécutive au choléra n'apporta aucune modification à l'état psychopathique antérieur : seule une maniaque très agitée présenta, durant cette seconde période de l'infection, un état transitoire de calme et de lucidité, qui disparut avec le processus fébrile. Par la suite les aliénés, échappés aux atteintes du choléra, restèrent sans exception aucune avec les mêmes phénomènes neuro-psychopathiques qu'ils présentaient avant l'épidémie. Beaucoup moururent de marasme et de phtisie. J. S.

LXIV. La sécrétion lactée prolongée chez certaines aliénées; par le Dr R. Fronda. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

Chez certaines aliénées, la sécrétion lactée se prolonge pendant un temps indéterminé. Elle est probablement en rapport avec un trouble vaso-moteur dépendant de l'excitation du symphatique. Le fait se rencontre plutôt dans les états d'exaltation que dans ceux de dépression, comme cela est l'ordinaire pour les autres sécrétions. Cette sécrétion lactée est indépendante des autres fonctions, y compris la menstruation, contrairement à ce que l'on observe à

l'état normal. Les stimulus périphériques ne peuvent qu'influer sur l'augmentation de la quantité du lait, en ajoutant à l'action due à l'excitation du sympathique celle des fibres musculaires lisses en rapport avec la sécrétion. Dans ces cas le lait renferme tous ses éléments constituants : à noter une certaine diminution des substances grasses et des globules, caractère qui du reste se retrouve aussi dans le lait des femmes normales, quand il s'est écoulé plus d'un an depuis le début de la lactation. J. S.

LXV. Les stigmates dégénératifs dans la démence paralytique; par le Dr A. Cristiani. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

On retrouve chez les paralytiques des stigmates de dégénérescence anthropologique identiques à ceux des dégénérés et avec une fréquence à peu près égale. On rencontre aussi chez eux des stigmates psychiques de la dégénérescence dans une proportion de 12,58 p. 100. Cela montre la grande fréquence chez les paralytiques de la dégénérescence héréditaire comme cause étiologique prédisposante de la maladie, dont le développement nécessite un autre facteur essentiel, spécifique, infectieux comme la syphilis, etc.

J. S.

LXVI. Les caractères cliniques différentiels entre la paralysie générale syphilitique et non syphilitique; par le Dr Pasquarelli Michele. (*Il manicomio*, fasc. 3, 4, 1894.)

L'auteur, contrairement à l'opinion de Fournier, trouve que d'après ses observations personnelles, l'état intellectuel, celui de la motilité, le mode de début, la marche, la durée de la maladie, sa prétendue curabilité ne nous autorisent pas à faire des paralytiques syphilitiques une classe à part. On rencontre également chez les paralytiques syphilitiques ou non, les mêmes symptômes intellectuels et moteurs, le même début, la même évolution, la même durée : le mercure n'est utile à aucun et souvent nuisible aux uns comme aux autres. Si l'on ajoute que les autres symptômes secondaires sont les mêmes, que lorsqu'on note la syphilis elle n'est jamais le seul antécédent, que l'autopsie reste le plus souvent négative au point de vue des lésions syphilitiques osseuses, nerveuses, hépatiques, etc., on peut affirmer que la syphilis n'est qu'une des causes de la paralysie générale, grave si l'on veut, mais pas autre chose. Entre la syphilis et la paralysie générale il n'y a pas le terme moyen de pseudo-paralysie. Quand la syphilis cérébrale prend le moins du monde l'aspect de la paralysie générale, c'est de cette dernière qu'il s'agit et non de pseudo-paralysie.

J. S.

LXVII. Vieillesse et folie, par le Dr Verga. (*Il manicomio*, fasc. 1, 1895.)

Aucun âge ne produit par lui-même la folie. Le dépouillement de nombreux cas dits de folie sénile montre souvent l'intervention d'autres causes. L'hérédité y a une large part, sinon dans tous les cas; et ce que l'on considère comme l'effet de l'âge n'est que la conséquence de lésions encéphaliques qui en sont tout à fait indépendantes. Les sénilités précoces ne peuvent être attribuées à l'âge comme les démences concomitantes, mais les causes de la précipitation des phénomènes sont tout autres. Il s'agit d'individus ordinairement d'esprit faible ou atteints de délires chroniques; il y a au contraire des individus très valides d'esprit qui finissent déments dans la vieillesse. On rencontre dans toutes les classes sociales des individus très vieux, et tout à fait normaux intellectuellement. Beaucoup des vieillards qui versent dans la folie peuvent guérir et beaucoup d'aliénés guérissent aux approches de la vieillesse ou dans la vieillesse elle-même. On peut rencontrer dans la vieillesse toutes les formes mentales : il n'y a pas de type constant. La démence de la vieillesse ne diffère pas de celle des autres âgés sinon par les apparences extérieures et celles de la sénilité varient d'un individu à un autre en raison des causes et des complications.

J. S.

LXVIII. Contribution a la casuistique des dédoublements de la conscience; par le Dr Novello Giuseppe. (*Il manicomio*, fasc. 1, 1895.)

Observation d'un hystérique atteint de vigilambulisme avec dédoublement de la conscience et ammésie réciproque. J. S.

LXIX. Deux cas d'hystérie; par le Dr Césare Pianetta. (*Il manicomio*, fasc. 1, 1895.)

Ces deux observations sont également des exemples du dédoublement de la conscience dans l'hystérie. J. S.

LXX. Sur la toxicité du suc gastrique chez les épileptiques; par le Dr Agostini. (*Riv. di pat. nerv. et ment.*, fasc. 3, 1896.)

Le suc gastrique de l'épileptique à grands accès, injecté chez le lapin, a une action toxique manifeste et donne lieu à un abaissement de la température, de l'abattement psychique, de l'impotence motrice, du ralentissement de la respiration, parésie et mort par convulsions diffuses toniques et cloniques. La toxicité est plus grande peu avant l'accès et sitôt après; son degré est en relation avec la

violence et la durée des convulsions. Il en résulte qu'entre autres méthodes, les lavages de l'estomac, l'antisepsie soigneuse du tube digestif pourront être utilisés pour combattre les manifestations paroxystiques d'un grand nombre d'épileptiques : soit que l'on attribue la toxicité spéciale du suc gastrique à un trouble primitif de l'estomac, ou que l'on admette que les désordres de la fonction gastrique soient secondaires à l'altération du système nerveux, ou enfin que l'on considère la muqueuse gastrique comme une voie d'élimination de toxines formées dans le torrent circulatoire. La toxicité du suc gastrique chez les épileptiques soumis au traitement bromuré est diminuée. J. S.

LXXI. Contribution a l'explication de l'inversion du sens génital; par R. de Krafft Ebing. (*Jahrbüch. f. Psychiat.*, XIII, 1.)

Jusqu'au troisième mois intra-utérin, les organes et appareils sexuels sont bisexués ; les centres cérébro-spinaux correspondants doivent donc être bi-fonctionnels. Quand plus tard s'effectue la spécialisation génitale, l'une des fonctions se développe, l'autre demeure latente. Mais ne peut-il arriver que malgré la spécialisation génitale l'évolution psychophysiologique soit entravée et que ce soit le centre psychique contraire, inverse, de la sexualité opposée qui se développe. N'y a-t-il pas des hommes ayant les attributs physiques et mentaux de la femme? Les eunuques n'ont-ils pas un caractère féminin ? Les femmes à la ménopause n'ont-elles pas un caractère masculin ? Par suite l'inverti sexuel, qui congénitalement a des sentiments opposés à ceux de son sexe, a dû subir psychiquement le développement de la sexualité contraire à celle des glandes sexuelles qu'il a. D'ailleurs quelques-uns de ces invertis ont les attributs du sexe opposé. Puis il est certain que l'inversion sexuelle, acquise ou congénitale, en tant que sentiment ne se montre que chez des individus tarés, c'est donc un signe de dégénérescence. P. Keraval.

LXXII. Contribution a la connaissance et a l'intelligence des délires bénins et a courte évolution; par M. Friedmann. (*Neurolog. Centralbl.*, XIV, 1895.)

Il y a des délires qui ne sont que l'exagération d'idées normales mais déjà exagérées. Telles les manières de voir prévalentes des émotifs, les obsessions des nerveux et des dégénérés, certaines idées fixes et délirantes de la folie systématique. Il y a des formes bénignes de cette dernière que l'on peut considérer comme une fusée de prétentions minimes sans que le substratum psychique cesse de conserver son assiette. Mais il faut que l'idée fixe reste simple et isolée. C'est le cas, dit l'auteur, de la paranoïa bénigne

à rechutes qui s'appelle le délire par exagération de l'attention, délire d'inquisition, de suspect, forme de l'inquiétude par exagération morbide de la valeur du moi et de ses rapports avec le monde extérieur. On y constate un enchaînement d'idées tout à fait absurde. Ce mécanisme représente un des restes de l'habitude prise par les sauvages d'objectiver leur personne et de lui rapporter tous les phénomènes extérieurs les plus insignifiants comme les plus élevés. P. K.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

XXIXe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE LA BASSE-SAXE ET DE WESTPHALIE.

Hanovre, 1er *mai* 1895. — Présidence du Dr Gerstenberg.

M. Bruns (de Hanovre) présente un cas typique d'*acromégalie*. Il s'agit d'une jeune femme, âgée de vingt-cinq ans, non réglée depuis treize mois et dont l'utérus est actuellement complètement atrophié. On constate depuis plusieurs années une augmentation de volume des mains, des pieds, de la mâchoire inférieure, du nez, de la langue et des clavicules. Pas de troubles oculaires. Urine normale. La malade est soumise depuis plusieurs mois au traitement par les tablettes anglaises de corps thyroïde. Ce traitement paraît avoir fait disparaître de pénibles paresthésies et des douleurs siégeant dans les bras et les jambes, symptômes qui rendaient impossible tout travail délicat. Mais, après quelques mois, ce procédé thérapeutique dut être suspendu, en raison de la notable accélération du cœur et de la chlorose qui se manifestèrent : les symptômes qui avaient rétrocédé se montrèrent de nouveau. La médication thyroïdienne eut aussi pour résultat un amaigrissement généralisé.

M. Bruns présente un enfant chez lequel la *suture des nerfs* a donné un excellent résultat. A l'âge de deux mois, en 1893, cet enfant avait été opéré d'un neurosarcome congénital siégeant au bras droit. La tumeur avait englobé le médian et le cubital : ces deux nerfs durent être complètement sectionnés et leurs extrémités restèrent éloignées de plusieurs centimètres. En 1894, on constate que la main a l'attitude dite du prédicateur ; les muscles

innervés par le médian et le cubital sont complètement paralysés et présentent la réaction de dégénérescence ; il y a de l'analgésie. Cinq mois après l'opération, on pratique la suture secondaire des nerfs sectionnés et sept mois après cette suture, on constate que sa main n'a plus son attitude caractéristique, mais les trois derniers doigts ont toujours la situation due à la paralysie du cubital, le pouce et l'index sont en extension. Paralysie persistante des muscles innervés par le médian et le cubital, mais le courant faradique appliqué sur la cicatrice ou au-dessus détermine la flexion des doigts surtout dans le domaine du cubital. Il y avait donc transmission du courant de l'extrémité centrale à l'extrémité périphérique des nerfs sectionnés et ensuite suturés. En janvier 1895, se produisent des mouvements actifs de la main ; la position anormale des trois derniers mois disparaît. Actuellement (mai 1895) le petit malade, âgé de vingt mois, a récupéré tous les mouvements des trois derniers doigts ; ceux du pouce et de l'index sont encore insuffisants, mais l'opposition et l'adduction existent à n'en pas douter. L'excitabilité faradique du fléchisseur innervé par le cubital est revenue. — Les résultats sont moins nets pour le médian. Le malade se sert de sa main pour manger, pour jouer ; elle est légèrement moins développée que l'autre. A part cela, pas de troubles trophiques.

M. Bruns présente ensuite un *sarcome du quatrième ventricule.* Cette tumeur, de la grosseur d'une pomme, s'est développée entre le cervelet et le quatrième ventricule. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, chez lequel les premiers symptômes (maux de tête, vomissements) s'étaient manifestés à l'âge de deux ans. Les symptômes cérébelleux ne se sont montrés que dans la dernière année, ainsi que des paralysies oculaires d'apparence nucléaire, du tremblement intentionnel, des troubles de la parole et des pupilles. La tête s'était considérablement agrandie et on constatait un bruit de pot fêlé, surtout au niveau des sutures. En raison de la longue durée de la maladie on avait pensé, jusque dans les derniers temps, à la possibilité d'une hydrocéphalie. A l'autopsie on trouve les os du crâne minces comme une feuille de papier ; la tumeur comprimait le cervelet, la protubérance et le bulbe.

M. Bruns montre ensuite les préparations microscopiques d'une *gomme volumineuse* qui siégeait au niveau de la partie postérieure de l'hémisphère gauche, englobant les circonvolutions pariétales supérieures, les gyrus supramarginalis et angularis et la partie postérieure des deux premières temporales ; le pulvinar et la capsule interne étaient intéressés. Les symptômes consistaient en : hémianopsie et plus tard amblyopie, atrophie du nerf optique du côté droit, alexie, agraphie, surdité verbale et paraphasie, aphasie optique, suivie d'aphasie totale.

Le malade pouvait remuer les extrémités du côté droit, mais se servait plus volontiers des membres gauches ; plus tard survint une hémiplégie droite complète avec exagération des réflexes. On nota aussi de violents maux de tête, des vomissements. Le patient avait eu la syphilis, quarante ans auparavant, mais n'avait jamais jusqu'alors présenté d'accidents. Deux traitements par l'iodure de potassium, un autre par les frictions mercurielles amenèrent une amélioration passagère.

M. Bruns présente à la Société des préparations microscopiques et des dessins se rapportant à deux cas de *tumeur de la moelle*. Une discussion très animée s'engage entre M. Bruns et MM. Alt, Wichmann, Weber.

M. Wichmann à propos du traitement par les tablettes de corps thyroïde, rappelle qu'il a été le premier en Allemagne à employer cette médication, chez deux myxœdémateuses (*Deutsch medic. Wochenschr.*, 1893). Les deux malades en question sont toujours bien portantes et continuent à suivre le traitement par les tablettes.

M. Weber (d'Uchtspringe) fait remarquer que les racines antérieures et postérieures, bien qu'elles soient englobées dans la masse de la tumeur médullaire, ne présentent cependant pas de dégénération. Il a eu occasion d'observer un cas identique; les symptômes d'une altération des racines manquaient d'ailleurs. Dans les cas de méningite spinale de longue durée, on trouve les racines englobées mais les cylindraxes et la myéline sont intacts. Les vaisseaux de la pie-mère résistent moins bien à la compression par les tumeurs et présentent consécutivement des hémorragies, des thromboses. Quant aux dégénérations de la moelle elles sont dues non à la compression, mais à la pénétration directe de la tumeur dans la substance blanche.

M. Nicol présente un malade qui, en juillet 1893, a eu une fracture du crâne, au niveau du pariétal gauche. Ce traumatisme fut suivi, trois jours après, d'une hémiplégie droite avec aphasie ; on trépana le malade à deux reprises. On constate actuellement une cicatrice de 5 centimètres de diamètre, avec perte de substance du crâne. Quand le patient penche la tête à gauche on sent la masse cérébrale s'appliquer sur la paroi. Comme troubles qui ont persisté malgré l'opération on note de la surdité de l'oreille gauche et une anesthésie complète des quatrième et cinquième doigts de la main droite.

M. Bruns (de Hanovre). *L'hystérie chez les enfants.* — M. Bruns fait, d'après un grand nombre de cas observés par lui, le tableau symptomatique de l'hystérie chez les enfants, et insiste sur certains caractères particuliers de la névrose à cet âge. Chez les enfants, il

s'agit le plus souvent, comme l'a montré Charcot, d'hystérie monosymptomatique ; le rétrécissement du champ visuel et des anesthésies étendues sont rares, mais cependant on les rencontre. L'astasie-abasie est fréquente, mais chaque cas a son allure clinique spéciale. On observe surtout des formes paralytiques, spastiques, trémulantes ; puis vient la dystasie à type cérébelleux, ensuite ces troubles de la marche qui ne se produisent qu'au début de chaque mouvement et qui font penser à certains modes de bégaiement. L'astasie-abasie peut être continue ou survenir par accès. Les convulsions hystéro-épileptiques généralisées sont rares ; on observe plus souvent des convulsions limitées (chorée rythmique, mouvements de salutation). Bruns a relevé aussi des cas de grande chorée, des états qui rappellent la période de clownisme (Charcot), des états de somnambulisme, des cas typiques de possession, etc. Les contractures sont fréquentes, tantôt généralisées, tantôt localisées ; elles s'accompagnent le plus souvent de névralgies au niveau des articulations ; la contracture de la main, des doigts s'accompagne parfois d'œdème bleu ou blanc par stase mécanique. Plus rares sont les contractures de muscles isolés (tibial antérieur), Bruns a observé plusieurs cas de mutisme avec aphasie, deux cas d'auto-mutilation, un cas d'obsession de se faire pratiquer des opérations chirurgicales, un cas de simulation de mydriase.

Pour ce qui est de la nature de l'hystérie, Bruns considère celle-ci comme un trouble psychique dans la plus large acception du mot. Il se rallie à l'opinion de Mœbius qui admet qu'on ne rencontre dans l'hystérie que des troubles fonctionnels qui pourraient être produits volontairement et par conséquent simulés. Il ne croit donc pas à l'existence des paralysies hystériques des pupilles, du moteur oculaire externe, de la fièvre hystérique, de la paralysie d'une corde vocale, etc. Il n'a observé jusqu'ici l'œdème hystérique que dans des cas de contracture, ce qui fait supposer que ce trouble est d'origine mécanique. Quant aux troubles trophiques de la peau, il faut penser aux auto-mutilations : un cas typique de soi-disant herpès zoster gangreneux hystérique n'avait pas d'autre cause. La répartition et la forme des paralysies et des anesthésies démontrent en outre que celles-ci sont déterminées par des représentations : ces troubles intéressent en effet des membres entiers ou des segments de membres, et ne correspondent jamais aux groupements des nerfs des muscles et de la peau, soit à la périphérie, soit dans la moelle. Bruns reconnaît cependant qu'il y a certains symptômes qui ne cadrent pas avec la théorie de Mœbius.

Le diagnostic de l'hystérie chez les enfants peut souvent être fait d'un seul coup d'œil ; dans d'autres cas il exige plus de temps et dans quelques cas il peut rester douteux malgré un examen prolongé, car l'hystérie peut admirablement simuler des maladies

organiques. Bruns rapporte un cas de pseudo-méningite et de pseudo-tumeur hystériques. Des erreurs graves et fréquentes consistent à prendre certaines affections organiques graves pour des manifestations hystériques. L'examen le plus attentif est parfois insuffisant. Bruns a lui-même pris pour un trouble hystérique un cas de cysticerque du quatrième ventricule chez une jeune fille. Il est évidemment moins grave de prendre une manifestation hystérique pour un état organique, mais la confusion est néanmoins fâcheuse. Il faut d'ailleurs remarquer qu'une issue fatale peut s'observer dans l'hystérie : Bruns a vu un cas d'anorexie hystérique chez un enfant se terminer par la mort, les parents s'étant refusés à se séparer de leur malade. Une question importante est celle des combinaisons de l'hystérie avec des lésions organiques : Bruns a observé un cas de sclérose multiple avec hémianesthésie hystérique, un cas de paralysie infantile d'origine cérébrale avec névralgie hystérique des articulations, un cas de syringomyélie avec anesthésie hystérique dont la nature fut démontrée par le transfert.

Le diagnostic de certains symptômes hystériques avec la simulation est parfois difficile, par exemple dans des cas d'automutilation. Mais le fait que des enfants peuvent se livrer à des actes de ce genre prouve que, même dans les cas de simulation, il s'agit de sujets anormaux. Il est important, au point de vue du pronostic, de séparer l'hystérie de certains états relevant de la dégénérescence mentale (tics et surtout tics généralisés, etc.).

L'hystérie se rencontre, chez les enfants, dans les deux sexes, avec une fréquence presque identique. L'âge de prédilection est de huit ans à l'époque de la puberté. Bruns a observé des cas d'hystérie à quatre et à cinq ans ; il considère le diagnostic d'hystérie chez les enfants à la mamelle comme bien difficile à faire.

Les formes graves de l'hystérie sont, pour l'enfant comme pour l'adulte, beaucoup plus fréquentes à la campagne et dans les petites villes que dans les grandes villes. L'hystérie est à peu près aussi fréquente chez les enfants des familles riches que chez ceux de la classe pauvre. Le pronostic est plus favorable chez les enfants qu'à l'âge adulte, surtout pour ce qui a trait à la manifestation symptomatique en elle-même qui habituellement rétrocède assez rapidement ; la guérison de la prédisposition hystérique elle-même peut être constatée. Le pronostic est meilleur pour les enfants de la campagne que pour ceux de la ville, parce que les premiers, en venant à la ville pour suivre un traitement changent complètement de milieu, de médecin, etc.

Comme traitement il faut en première ligne enlever l'enfant de la maison paternelle et le placer dans un établissement hospitalier. Souvent cela suffit. Dans les cas plus rebelles le traitement varie suivant les cas, tout en restant un traitement psychique. Deux méthodes peuvent être employées. Dans l'une il ne faut pas laisser

à l'enfant le temps d'être malade ; il faut attaquer vigoureusement les troubles fonctionnels ; souvent la simple affirmation suffit, parfois (dans l'astasie-abasie) on emploiera l'hypnose. L'hydrothérapie froide est utile.

En cas d'insuccès de la première méthode on agit différemment : on néglige systématiquement toutes les manifestations hystériques et souvent on les voit disparaître.

Discussion : M. Wichmann a observé dans une école une épidémie d'hystérie à forme convulsive. Il a constaté aussi des cas de guérison rapide de convulsions hystériques chez l'enfant et chez l'adulte.

M. Roller. — *Considérations cliniques sur les rapports de la syphilis et des maladies mentales.*

Sera publié in extenso et analysé ultérieurement.

M. O. Snell. — *Sur l'efficacité des asiles d'aliénés dans la lutte contre l'alcoolisme.*

Parmi les facteurs des maladies mentales, l'alcool vient en première ligne après l'hérédité. Les mesures prophylactiques ayant pour but de diminuer les cas de folie ne sauraient agir d'une façon plus efficace qu'en restreignant la consommation excessive de l'alcool. Aussi le médecin aliéniste doit-il s'intéresser au mouvement de tempérance qui se manifeste, surtout grâce à la Société allemande contre l'abus des boissons alcooliques. Pour ce qui est des mesures à prendre pour la cure des buveurs, qui est mieux préparé à cette tâche que le médecin aliéniste qui est journellement en contact avec les cas les plus graves d'alcoolisme? Quel est le rôle des asiles d'aliénés dans le traitement de ces malades? L'auteur a fait des recherches statistiques à l'asile de Hildesheim. On admet en général que le quart des aliénés doivent leur entrée à l'asile à l'abus de l'alcool. Snell a trouvé que la proportion des sujets entrés dans ces vingt dernières années à l'asile pour des troubles psychiques provoqués par l'alcool, est de 15 p. 100. Les formes cliniques observées sont les suivantes : paranoia, démence, affaiblissement intellectuel, paralysie générale, épilepsie, manie, mélancolie. Au point de vue des résultats du traitement, l'auteur a étudié 183 malades; la proportion des guérisons a été de 12,5 p. 100, celle des décès de 35 p. 100, celle des malades encore existants à l'asile de 22 p. 100.

Parmi les causes de ces résultats peu favorables, il faut mettre en première ligne la longue durée de la maladie avant l'admission. Cette durée a été en moyenne de deux ans. Il est hors de doute que le nombre des guérisons aurait été de beaucoup plus considérable si l'internement avait eu lieu dès le début de l'affection. Il faut remarquer, en outre, que les sujets adonnés à l'abus de l'alcool sont, plus que tous les autres, portés à ruiner leur famille. Ces

considérations font désirer que les buveurs d'habitude, qui sont dangereux pour autrui ou qui causent la ruine de leur famille, puissent être séquestrés d'office dans des asiles de buveurs, même en l'absence de troubles psychiques. L'organisation de ces établissements et les dispositions relatives aux formalités nécessaires pour l'internement des buveurs, doivent faire l'objet d'une étude spéciale. Le devoir du médecin aliéniste est de poursuivre la réalisation de cette mesure, l'internement des buveurs.

Discussion : M. Berckhan (de Brunswick) rapporte des observations concluantes de guérison de buveurs d'habitude. Il parle de l'établissement spécial de Soutorf, près Dusseldorf. Un alcoolique, complètement abruti, est sorti guéri après un an de séjour; la guérison se maintient depuis douze ans; l'ancien buveur a même pu se créer une situation. Chez deux autres sujets, la guérison se maintient depuis six ans et deux ans. Ce dernier a même fondé une ligue anti-alcoolique. Un médecin a réussi à se guérir lui-même, après un long séjour dans un établissement spécial, en remplaçant l'alcool par 20 ou 25 tasses de café.

M. Wulff. — *Communication sur le traitement de l'épilepsie* (déjà analysé). (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, t. LII, fasc. 3.)

P. Sérieux.

BIBLIOGRAPHIE.

XII. *Leçons de clinique médicale;* par le professeur J. Grasset, de Montpellier. (Paris, Masson, édit.; Montpellier, C. Coulet, édit., 1896.)

Le professeur Grasset a eu l'heureuse inspiration de publier les leçons cliniques qu'il a faites à l'hôpital Saint-Eloi, de novembre 1890 à juillet 1895. La plupart de ces leçons ont trait aux maladies nerveuses, nous allons faire une rapide analyse de ces dernières :

Hystérie rabiforme chez un homme. — M. Grasset a observé un malade qui, après avoir subi le traitement pasteurien pour une morsure de chien enragé, fut atteint de troubles rabiformes d'origine nettement hystérique. Cette hystérie à localisation bulbo-mésocéphalique fut facilement améliorée par la suggestion et l'hydrothérapie. Une question médico-légale s'ajoute à cette observation. M. Grasset en publie les documents et parmi eux le jugement du tribunal qui accorda au malade des dommages-intérêts importants.

Quelques cas d'hystérie mâle et de neurasthénie.— Au sujet de cinq intéressantes observations, M. le professeur Grasset expose en une succession de leçons le tableau clinique de l'hystérie chez l'homme et de la neurasthénie. Il passe en revue avec détails tous les symptômes et les complications de ces deux grandes névroses.

Un cas de maladie de Morvan. — L'observation que relate ici M. Grasset est un cas type de maladie de Morvan avec un tableau symptomatique complet. Aux panaris analgésiques s'y ajoute la dissociation sensitive dont on fit quelque temps à tort l'apanage de la syringomyélie. Le diagnostic est ici facile avec la névralgie et la névrite; avec la maladie de Maurice Raynaud qui donne lieu à de la gangrène et non à des panaris. La sclérodactylie de Ball ne peut être confondue ne s'accompagnant ni de paralysies, ni d'analgésie. La sclérodermie a bien été différenciée par Charcot de la maladie de Morvan. Elle ne détermine pas de névrose, ni d'élimination des os. Elle ne cause ni anesthésie, ni paresthésie; le malade a un masque à part. La lèpre est plus facile à confondre, on ne la distingue que par son endémicité, les taches et les macules qui surviennent chez ceux qui en sont atteints. La syringomyélie donne lieu au diagnostic le plus délicat. Le syndrome syringomyélique (dissociation de la sensibilité) existe dans la maladie de Morvan, mais y est plus fugace. Comme troubles trophiques, l'atrophie musculaire prime dans la syringomyélie les panaris qui sont l'apanage de la maladie de Morvan.

Des associations hystéro-organiques. — Un cas de sclérose en plaques et hystérie associées, suivi de l'autopsie du malade fait ici le sujet d'intéressantes leçons. La névrose vient là singulièrement compliquer l'appareil symptomatique. Ces sortes d'associations morbides ne sont pas rares, il est probable que la sclérose a facilité l'éclosion de l'hystérie ou peut-être les mêmes causes ont déterminé chez le malade les deux affections concomitantes.

Un cas de pseudo-tabes post-infectieux. — Il s'agit là d'un malade atteint d'une paralysie périphérique des extenseurs des membres inférieurs par névrite symétrique post-érysipélateuse du tibial antérieur et un peu d'une branche du crural. A propos de ce fait, M. Grasset croit qu'il faut supprimer en pathologie le groupe des pseudo-tabes, car ils sont soit des tabes vrais et fugaces, soit des névroses simulatrices et des névrites.

Des mouvements involontaires au repos chez les ataxiques. — L'auteur étudie un phénomène rare dans l'ataxie, un trouble tout spécial qu'il propose d'appeler ataxie statique ou du tonus. Dans le tabes à côté des contractions anormales dans les mouvements volontaires, il existe une autre espèce de mouvements, anormaux également, mais ayant lieu au repos et par suite rentrant dans la classe des mouvements choréiformes. La malade observée remue spontanément et sans secousses les orteils, les pieds, les mettant

soit en flexion, soit en extension ; la jambe se déplace aussi, fléchit légèrement sur la cuisse. Ces mouvements, peu étendus, sont inconscients et n'ont pas le caractère ataxique chez la malade qui a pourtant tous les signes du tabes. Ce fait n'avait pas passé inaperçu. Rosenbach l'avait signalé en 1868 et depuis l'attention des cliniciens a été fixée sur ce point. Ces mouvements involontaires au repos dans le tabes sont soit limités, athétosiques, soit violents et spasmodiques. Il serait intéressant de connaître le siège exact de la lésion qui entraîne ces troubles.

Du vertige des ataxiques. — Sous ce titre M. Grasset réunit d'intéressantes leçons sur le signe de Romberg, publiées en 1893 par son élève Sacaze (*Archives de Neurologie*, 1893, nos 73 et 74.)

Deux grands types de paralysie infantile. — M. Grasset s'attache à différencier nettement ici la paralysie spinale atrophique de la paralysie cérébrale spasmodique de l'enfance.

Mal de Pott et paraplégie flasque anesthésique. — C'est une curieuse observation de mal de Pott avec paraplégie flasque anesthésique. Cette paraplégie s'est améliorée et a guéri. Elle n'était pas due à une compression de la moelle. M. Grasset l'attribue à une action à distance peut-être simplement fonctionnelle, dynamique, portant sur un autre point de la moelle que celui qui est en rapport avec la gibbosité.

Paralysie ascendante à rétrocession. — A propos de deux observations, M. Grasset établit un groupe clinique qu'il caractérise ainsi : maladie infectieuse aiguë du système nerveux à marche progressivement ascendante suivie de rétrocession pouvant aller jusqu'à la guérison.

Etiologie infectieuse de l'hystérie. — M. Grasset défend dans une série de leçons une théorie générale qui, dit-il, lui est chère ; c'est le rôle pathogénique des maladies générales dans la production de ce qu'on appelle les maladies du système nerveux. A son avis, il n'y a pas de névrose idiopathique, toutes sont véritablement symptomatiques même l'hystérie et les maladies infectieuses jouent pour elle un rôle pathogène important.

Basophobie ou abasie phobique chez un hémiplégique. — Il s'agit d'un cas très curieux d'hémineurasthénie post-hémiplégique. Chez le malade en question la basophobie se superpose à l'hémiplégie et la marche déjà rendue difficile par une lésion organique devient impossible par la névrose surajoutée.

Méningisme dans le cours d'une fièvre typhoïde. — Il s'agit d'une fièvre typhoïde à marche absolument anormale qui donna lieu à une erreur de diagnostic. Les accidents méningés firent croire jusqu'au dernier moment à une méningite et l'autopsie seule démontra que l'on avait eu affaire à une fièvre typhoïde anormale.

Délire transitoire dans la pneumonie. — Le professeur insiste sur le délire qui survient parfois dans la pneumonie à la fin de la

maladie au moment de la crise. Ce délire est caractérisé par les hallucinations et la confusion des idées. L'hérédité et les intoxications antérieures tiennent une grande place dans son étiologie.

Outre les très intéressantes leçons que nous venons de trop brièvement analyser, signalons dans ce volumes publiées sous forme d'appendice, de savantes études dues aux élèves de M. Grasset. Par exemple : une analyse de la thèse du Dr Guibert sur la *sclérose primitive des cordons latéraux de la moelle;* une observation d'*ataxie locomotrice avec atrophie musculaire et ataxie du tonus*, par le Dr Sacaze; une analyse de la thèse du Dr Cannac sur l'*analogie des différents types de myopathie essentielle;* enfin un cas de *méningisme chronique simulant la méningite tuberculeuse chez un adulte*, par Galavielle et Villard. J. Noir.

XIII. *Considérations générales sur la pathogénie des troubles psychiques. Examen critique d'une hypothèse (les auto-intoxications dans les maladies mentales)*; par M. le Dr Santenoise, ex-préparateur de thérapeutique à la Faculté de Nancy; interne à l'asile de Maréville, Nancy. (Imprimerie A. Nicolle, Nancy.)

Le travail inaugural de M. le Dr Santenoise indique chez son auteur un esprit méthodique et ferme; il reflète de solides études. C'est avant tout une œuvre critique, mais M. Santenoise n'est pas la critique banale que l'on trouve habituellement dans les mémoires de ce genre. Il n'a pas repris les sentiers battus de la psychiatrie, il a tenté une œuvre originale, très personnelle qui mérite bonne place dans la littérature médico-psychologique.

Dans son introduction, l'auteur fait une critique, à la vérité souvent un peu acerbe, des tendances de beaucoup d'écrivains médicaux à débaptiser des syndromes de folie, à isoler souvent de simples symptômes pour en faire de nouvelles formes qui, scientifiquement, n'ont pas plus de raison d'être que celle dont on les extrait pour satisfaire une ambition personnelle. Il montre « les paradoxes de l'Ecole italienne de Lombroso », les bases fragiles de l'Ecole expérimentale de Luys et Pierre Janet, pour arriver à conclure qu'il est « absolument nécessaire, pour aborder l'étude des phénomènes psychiques en général, des phénomènes psychiques morbides en particulier, d'avoir une méthode rigoureuse et précise. »

Dans le premier chapitre, il tente d'établir les rapports des phénomènes physiques et des phénomènes psychiques après les avoir étudiés séparément; il fait ressortir le but de la médecine mentale : d'une part faire l'histoire des maladies mentales, d'autre part en établir la physiologie. Il examine surtout la valeur des deux méthodes qui peuvent concourir à l'étude de la physiologie des phénomènes psychiques, méthode expérimentale, méthode

d'observation. Il montre que la méthode expérimentale, « méthode scientifique par excellence, ne peut avoir qu'une application bien restreinte en médecine mentale, et que, même employée complètement et systématiquement, elle ne nous fournirait jamais les beaux résultats qu'elle a donnés dans les sciences physiques ». A la méthode d'observation il reproche de n'avoir pas encore déterminé de lois en médecine mentale, l'aliénation mentale n'ayant été jusqu'à présent que purement descriptive ou à peu près.

Dans le second chapitre, M. Santenoise étudie les hypothèses faites sur la pathogénie de la folie ; il fait reposer cette étude sur trois ordres de faits : « 1° les conditions du dynamisme cérébral; 2° le dynamisme cérébral lui-même; 3° les phénomènes psychiques qui accompagnent ce dynanisme. »

Il est amené, au sujet du mécanisme de production des phénomènes psychiques morbides, à faire les hypothèses suivantes : « 1° la cause organique de ces phénomènes réside dans la structure même du cerveau, le milieu intérieur étant constant et invariable; 2° la cause de ces phénomènes réside dans la composition spéciale du milieu intérieur, les cerveaux étant supposés identiques ; 3° la cause réside à la fois dans une structure spéciale du cerveau et dans une composition particulière du milieu intérieur. »

La seconde hypothèse, hypothèse chimique, qui « se présente sous une étiquette nouvelle, la *théorie des auto-intoxications* dans les maladies mentales » est l'objet des chapitres III, IV, V et VI.

Dans le chapitre III, l'auteur construit l'hypothèse, en déduit les conséquences et cherche les moyens de vérification. Dans le chapitre IV, il met « cette hypothèse en face des faits que peut nous fournir la méthode d'observation » ; il passe en revue toutes les formes de maladies mentales, et cherche si à chacune d'elles correspond un état humoral déterminé. Les recherches expérimentales avec les urines trouvent aussi place dans ce chapitre. L'intitulé du chapitre V : « *Les auto-intoxications dans les maladies mentales. — Hypothèses connexes. — Conséquences pratiques* », indique suffisamment le but auquel il tend.

Enfin le chapitre VI est consacré aux conclusions qui découlent de ces chapitres relatifs à l'hypothèse de l'auto-intoxication dans les maladies mentales, conclusions d'un travail d'une logique presque mathématique et qui se résument en quelque sorte dans cette phrase de l'auteur : « A notre grand regret, nous sommes obligés de conclure par l'ignoramus du philosophe ; nous n'oserions et nous ne voudrions pas y ajouter son ignorabimus. »

Bien qu'arrivant à une conclusion négative, ce travail a une réelle valeur, puisqu'il remet au point une question un peu obscurcie parce qu'elle n'avait pas été méthodiquement et physiologiquement posée.

A. PARIS.

FAITS DIVERS.

Asiles d'aliénés. — *Nominations et promotions :* M. le Dr Fenayron, médecin adjoint à l'asile public de Lesveilec, est nommé en la même qualité à l'asile public d'aliénés de Blois; — M. le Dr Maumier, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Aix en remplacement de M. Dauby, admis à faire valoir ses droits à la retraite; — M. le Dr Pactet, médecin adjoint de l'asile de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er avril; — M. le Dr Doursons, directeur-médecin de l'asile de Naugeat, est promu à la classe exceptionnelle du cadre à partir du 1er avril 1896; — M. le Dr Journiac, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu, en remplacement de M. Dagonet, non acceptant.

Le suicide en Prusse en 1893. — On a constaté, en Prusse, pour l'année 1893, 6,409 suicides (5,135 hommes et 1,274 femmes), sur un total de 746,478 décès (385,061 hommes et 360,817 femmes). Ce qui donne la proportion de 24,2 décès et de 2,08 suicidés pour 1,000 habitants. Les tendances au suicide augmentent avec l'âge, sauf entre vingt-cinq et trente ans. Les causes sont restées inconnues dans 20,2 cas p. 100. Un quart des suicides environ sont dus à la folie. La pendaison est le mode de suicide le plus employé, puis viennent la submersion, le suicide par arme à feu, l'empoisonnement. Le nombre des suicides augmente chaque année. (*Allg. Zeihs. f. Pyschiatrie*, t. LII, f. 3.) P. S.

Antonini (G.). — *Le fughe degli alienati criminali dai Manicomii.* — Brochure in-8°, de 24 pages. — Firenze, 1896. — Tipografia Cooperativa.

Dreyfuss (R.). — *Die Krankheiten des Gehrins und seiner adnexa im Gefolge von Nasepeiterungen.* — Volume in-8°, de 104 pages. — Prix : fr. 75. — Iéna, 1896. — Verlag von G. Fischer.

Le rédacteur-gérant : Bourneville.

TABLE DES MATIERES

Abcès intracranien, par Murray, 49. — cérébraux, par Barkan et Hirschfelder, 372.

Acromégalie et maladie de Graves, 47. — et ostéo-arthropathies, par Murray, 48. Pathogénie de l' —, par Tamburini, 283. — et gigantisme, par Hutchinson, 365. —, par Ranson, Sym Thomas et Benson, 372. — par Bruns, 486.

Addisson. La maladie d' — et son traitement par l'extrait des glandes surrénales, par Jones, 66. La maladie d' — et les capsules, par Auld, 46.

Administration des aliénés à Berlin et en Ecosse, par Sibbald, 305.

Alcool. Lésions produites par l' — sur les cellules du cerveau, par Berckley, 394.

Alcooliques. Sur le délire des —, par Liepmann, 143. Sortie prématurée des —, par Voisin, 153.

Alcoolisme. Lutte contre l' —, 91. Efficacité des asiles d'aliénés dans la lutte contre l' —, par Snell, 491.

Alexie dite sous-corticale, par Redlich, 52.

Algésiomètre, par Hess, 368. —, par Motschutkowsky, 469.

Aliénation mentale. Traitement séparé de l' —, par Wallis, 74. Législation de l' — en Irlande, par Eustace, 134. Poids du corps et —, par Moulton, 145.

Aliénés. Traitement familial des — en Ecosse, par Kiggs, 60. Condamnation d'un —, par Legrain et Adam, 79. Façon de procéder à l'égard des — de l'asile de Barony de Glasgow, par Carlswell, 134. Mortalité des —, par Chapman, 138. De la sortie des — des asiles, 173. — en liberté, 175. Lésions microscopiques caractéristiques du cerveau des —, par Clouston, Middlemass et Robertson, 204. Les — et le droit civil par Derode, 293, 339. — au workhouse, par Nolan, 301. Nouvelle hospitalisation des — par la méthode de la liberté, son application à Ville-Evrard par Marandon de Montyel, 306. Physionomie des — par Mongeri, 311. Tuberculose chez les — par Bondurant, 343. Internement des — 408. Choléra chez les — par Ventra, 482.

Alopécie dans un cas d'hystéro-neurasthénie traumatique par Ladame, 367.

Amnésie. L' — antéro-rétrograde dans la perforation de la base du crâne, par Abel et Colman, 48.

Amyotaxie cérébrale, par Rossolimo, 284.

Anthropologie criminelle. IVe Congrès d' —, statuts, 317, 412.

Aphasie. Épilepsie avec — par Hay, 140. Surdité et — hystériques chez un homme, par Sanphear, 365.

Apoplexie. Pronostic de l' — par hémorragie cérébrale, par Barrs, 49.

Archives cliniques, 47.

Arriérés. Enfants — par Bourneville, 170. Assistance et éducation des enfants —, par Bourneville, 313.

Artériel Dégénérescence du système — chez les aliénés, par Beadles, 222.

Arthropathie du genou, par Glorieux et Van Gehuchten, 286.

Asiles. Internat des — de la Seine, par Sérieux, 155, 242. — du district de Stirling, à Larbert, par Macpherson, 249, — d'idiots en Allemagne, par Sérieux, 250. — d'aliénés, 256. Recrutement futur et situation des infirmiers dans les —, par Menzies, 300. Epreuves, misères et griefs d'un directeur

d' — privée, par Weatherly, 301. — de la ville et du comté de Worcester, par Cook, 301. Organisation matérielle d'un — moderne, par Krayatsch, 302. Impressions d'une visite dans un — hollandais, par Macleod, 306. — d'idiots de Languenhagen, 307. — d'idiots de Postdam, par Sérieux, 308. — d'aliénés, 318.

Assistance des idiots et l'auteur de Gulliver, 319.

Association médico-psychiatrique. Discours prononcé par Conolly Norman, 301.

Atavisme dans le suicide, 87.

Ataxie locale et folie simulées, par P. Garnier et Vallon, 28. L'— symptôme de diverses maladies, 46. L'— considérée comme symptôme des lésions du système cérébro-spinal, par Marc Cartie, 277.

Ataxiques. Mouvements involontaires au repos chez les — par Grasset, 493.

Atrophie primitive des muscles du tronc et des membres par Barlow, 47. — de Charcot chez un tabétique par Waldo, 48. — spinale progressive de la première enfance par Werding, 55.

Basophobie, par Grasset, 494.

Bégaiement hystérique, par Greidenberg, 367.

Bibliographie 169, 249, 309, 405, 492.

Bromaline par Laquet, 60.

Bulbaire. Affection — aiguë, par Walaenberg, 373.

Buveurs. Interdiction et internement des —, 408.

Capillaires. Structure des — cérébraux, par Lapinsky, 397.

Castration. Étude sur la question de la —, par Kraemer, 236.

Catalepsie alternant avec de la verbigération, par Warneck.

Cataleptiques. États — dans les maladies mentales par Lemaître, 407.

Cécité. Un cas de — absolue par anopsie, guérison ; par Schirman, 271.

Cellules nerveuses. Ce que l'on appelle les granulations des —, par Nissl, 232. Nouvelle méthode de coloration pour localiser les —, par Nissl, 332. Détails de structure dans les —, par Benda, 377.

Centres. Réveil des affections des — nerveux, par Pauly, 312. — sensoriels et — d'association dans l'encéphale humain, par Flechsig, 375.

Cérébelleuses. Diagnostic des affections —, par Risier, 49. Symptômes des affections —, par Krauss, 272.

Cérébelleux. Faisceaux — descendants par Bield, 475.

Cérébrale. Tumeur —; opération suivie de succès, par Dana et Conway, 76. Dualité de l'action —, par Lyon, 205. Hémiatrophie —, par Cowan, 214. Oscillations périodiques des fonctions de l'écorce —, par Cowan, 214. Oscillations périodiques des fonctions de l'écorce —, par Stern, 234. Tumeur — avec hémianesthésie, par Mackay, 287.

Cérébro-cérébelleux. Faisceau — croisé, par Mingazzini, 473.

Cérébro-spinal. Altération du système — chez les aliénés âgés, par Campbell, 210.

Cerveau. Kyste traumatique du — —, par Eskridge et Mac Naught, 69. Deux abcès du —, par Eskridge et Parkhill, 207. Abcès du —, par Carson, 263. Division de la surface du —, par Adamkiewicz ; réponse de Flechsig, 386. Influence sur l'échange azoté du — par Belmondo, 480.

Cervelet. Pathologie du —, par Arndt, 51. Atrophie et sclérose du —, par Hubert Boud, 213. Diagnostic différentiel entre les tumeurs des tubercules quadrijumeaux et celles du —, par Bruns, 281.

Choléra. Le — chez les aliénés, par Ventra, 482.

Chorée de Huntington, par Conklin Brush, 267. — chez deux cardiaques, par Massalongo, 235.

Circonvolution. Éléments normaux d'une — et effets de la stimulation et de la fatigue sur ces éléments, par Batty-Tuke, 205. — anormales, par Mickle, 393.

Citoplasme des cellules nerveuses, par Lugaro, 479.

Coloration. Méthode de — de Weigert et Pal, par Marcus, 396.

Commotion cérébro-spinale. Anatomie pathologique, par Bikeles, 232
Compression cérébrale, par Macpherson, 263.
Concours des médecins adjoints des asiles d'aliénés, 255.
Confusion mentale hallucinatoire aiguë, par Reyer, 142.
Congrès pénitentiaire par Motet, 80. Ve — international contre l'abus des boissons alcooliques, 84. IIIe — international de psychologie à Munich, 88. — de médecine mentale et nerveuse, 254. — des médecins aliénistes de France, par Régis, 313.
Coordination. Troubles de la — congénitaux et acquis, par Nonne 389.
Corps calleux. Métastase carcinomateuse dans les circonvolutions du —, par Muratow, 356, 369. Fibres des segments moyens et postéro inférieurs du —, par Vogt, 380.
Crane. Déformation du — due à la syphilis héréditaire, par Nammack, 215.
Craniotonoscopie. De la — par Muranjeff, 227.
Crétinisme sporadique traité par l'extrait thyroïdien, par Talford Smith, 61. —, par Bourneville, 1.
Crime. Rôle futur du médecin dans le traitement du —, par Austin Flint, 117. Analyse du —, par Bauer, 335.
Criminel. Evidence de l'état sain des esprits dans les affaires, — par Kiernan, 293. L'enfant — né, par Diettrich, 294. Nègres — au Brésil, par Rodrigues, 312. — ou malade, 319.

Dédoublements de conscience par Giuseppe, 484.
Dégénérés. Traitement des —, par Morel, 66.
Dégénérescence. Sur les variétés de la — et leur traitement, par Hallervorden, 66. — de la race, par Talbot, 359; par Bannister, 359; par Kiernan, 359.
Dégénérescences spinales. Comment débutent les —, par Klippel, 33.
Déglutition. Influence de l'écorce du cerveau sur la — et la respiration, par de Bechterew et Ostankow, 226. La — et les couches optiques, par de Bechterew, 226.
Délirante. Ecchymoses accompagnées d'excitation —, par Dawson, 346.
Délire. Évolution du — paranoïaque par Greco, 480. — bénins et à courte évolution, par Friedmann, 485. — transitoire dans la pneumonie, par Grasset, 494.
Démence. Ramollissement du cervelet, rupture du cœur dans la — vésanique, par Charon, 257. Stigmates dégénératifs dans la — paralytique, par Cristiani, 483.
Diabète. Tabes ou — sucré, par Grube, 58. — insipide avec rétention d'urine chez une hystérique, par Linke, 283.
Drainage par aspiration du canal vertébral, par Caille, 77.
Dystrophies cutanées herpétiformes, par Hutchinson, 50.

Electricité. Revue d'— médicale, par Régnier, 113.
Emotion. Elément physiologique de l'—, par Wright, 288.
Encéphalasthénie. Etiologie de l'—, par Althaus, 58.
Encéphaliques. Dégénérescences — dans les affections du foyer de la zone motrice, par Muratow, 380.
Enfants. Quartiers d'— annexés aux asiles des départements, 171.
Epilepsie traumatique et trépan, par Butlin, 47. — jacksonienne traitée par la trépanation, par Cunningham, 71. Trépanation dans un cas d'—, par Greenleess, 74. — avec aphasie par Hay, 140. Pathogénie et traitement de l'—, par Marinesco et P. Sérieux, 169. Influence des facteurs réflexes sur la production de la folie et de l'—, par Bullen, 224. Circulation du sang dans le cerveau pendant un accès d'— expérimentale par de Bechterew, 234. Traitement de l'—, par Wulff, 239. — sensorielle et psychique, par Diller, 276. Pollutions nocturnes et —, par Zucarrelli, 282. Sur l'— sénile, par Naunyn, 289. — Traumatique et trépanation, par Boubila et Pantaloni, 312. Genèse des accès d'—, par de Bechterew, 355. Symptômes de la paralysie générale et de l'—, par Hillenberg, 356.

Epileptiques. Quartier spécial pour les enfants — et arriérés à l'asile de Dury, 171. Assistance des —, 409. Toxicité du suc gastrique chez les —, par Agostini, 484.
Equilibre. Rôle des faisceaux grêles et cérébelleux dans la fonction de l'—, par de Bechterew, 477.
Etincelles. Application des — des bobines d'induction ouvertes, par Sternberg, 226.

Fétichistes. Pervertis et intervertis, par Garnier, 405.
Flocculus. Sur le —, par Bruce, 401.
Folie. Ataxie locomotrice et — simulée, par P. Garnier et Vallon, 28. Traitement chirurgical de la —, par Macpherson, 68. — traumatique opérée avec succès par Calle, 72. Accroissement de la — en Irlande, par Drapes, 112. La — morale et ses rapports avec la criminologie par Benedikt, 126. — ataxique par Blackford, 136. Points de vue nouveaux sur la pathologie de la —, par Andriezen, 137. Influence des facteurs réflexes et toxiques sur la production de l'épilepsie et de la —, par Bullen, 224. Paragraphe 51 et — partielle, par Rieger, 294. — de la persécution, par Semelaigne, 341. Augmentation de la — en Irlande par Hack Tuke, 346. — ou non folie, 347. — chez les indigènes de l'Afrique du Sud, par Greenlees, 352. — chez les Malais, par Ellis, 353. — chez les nègres par Babcock, 358.
Folle. Une —, 319.
Force. Action de la — nerveuse, par Broadbent, 399.
Formaline pour fixation des fibres nerveuses, par Kitchell, 214.
Fou tué par ses gardiens, 93. Un — royal, 319.
Fracturer. Effort nécessaire pour — les côtes chez les aliénés, par Campbell, 350.
Friedreich. Un cas de maladie de —, par Clarke, 44.
Front. Trauma du — suivi d'aphasie, convulsions et monoplégie brachiale droite, par Russel et Pinkerton, 49.

Goitre. Etiologie du —, par Murris, 372. — exophtalmique et son traitement par les sucs glandulaires, par Owen, 60. Folie avec — traitée par l'extrait thyroïdien, par Mac Claugher, 60. Examens des nerfs intra-thyroïdiens dans un cas de — exophtalmique, par Bonne, 235.
Grossesse tubaire suivie de manie par Butler Smithe, 134.
Gynécologiques. Désordres — dans leurs rapports avec la folie, par Barrus, 146.

Hallucinations psychomotrices, par A. Voisin et Charpentier, 80. — unilatérales, par le professeur Joffroy, leçon recueillie par Toulouse, 97.
Hématome. Pathologie de l'— de l'oreille, par Goodall, 213.
Hémiplégie gauche, perte des réflexes superficiels et profonds, atrophie musculaire, etc., par Eskridge et Peterson, 218.
Hérédité chez les aliénés du canton de Zurich, par Koller, 144.
Hypnotique. Fonctionnement cérébral pendant le sommeil — par Lanpts.
Hypnotisme et la loi, par Bell, 336.
Hystérectomie. Deux cas d'— suivie d'aliénation, par Lawrie, 353.
Hystérie. Parjure, —, amnésie et irresponsabilité, par Krafft Ebing, 290. —, par Voronoff, 407. Deux cas d'—, par Pianetta, 484. L'— chez les enfants par Bruns, 488. — rabiforme, par Grasset, 492. — mâle et neurasthénie, par Grasset, 493.
Hystérique. Deux cas de folie — d'origine infectieuse, par Taty, 358.
Hystéro-organiques. Des associations —, par Grasset, 493.

Idiot. Nécessité de l'assistance des —, 92. Quartiers spéciaux pour idiotes à l'asile de Bordeaux, 170. Voir p. 1, 199, 441.
Impuissance. Etude légale de l'— dans l'Illinois, par Baum, 291.
Inflammation. Influence de l'— traumatique de l'écorce sur son excitabilité par de Bechterew, 54.
Instabilité mentale, par Bourneville et J. Boyer, 199.
Intestinales. Affections — trophiques chez les aliénés, par Cowen, 348.
Intracraniennes. Diagnostic des

lésions traumatiques—, par Phleps, 218.
INVERSION. Explication de l'— du sens génital, par Krafft Ebing, 485.
IRRESPONSABILITÉ. Parjure, hystérie, amnésie et —, par Krafft Ebing, 290.
IRRESPONSABLES. Mesures législatives contre les —, par Gilbert Ballet, 292.

KYSTE traumatique du cerveau, par Eskridge et Mac Naught, 69.

LACTÉE. Sécrétion — prolongée chez certaines aliénées, par Fronda, 482.
LARYNGÉE. Paralysie — dans les affections nerveuses chroniques, par Permewan, 48.
LATAH. Névrose observée dans les Indes Néerlandaises; le —, par van Brévo, 52.
LOI de 1838 en face des délinquants dits irresponsables, par Charpentier, 153.
LOI DE WEBER-FETCHNER, par Waller, 397.

MALADIES cérébrales aiguës de l'enfance, par Muratow, 369. Effets des — intercurrentes sur les troubles mentaux, par Goodall et Bullen, 140. — mentales et nerveuses, par Witwell, 353.
MANIAQUE. Excitation — due au salicylate de soude, par Robinson, 78.
MANIE aiguë dans un cas de cellulite pelvienne, par Simpson, 139.
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. Les questions — en Allemagne, par Meyer et Urquhart, 137.
MÉLANCOLIE. Sur la —, par Stephenson, 133. Trois cas de guérison de la —, par Neill, 352. — aiguë consécutive à un traumatisme par Hoisholt, 371.
MÉMOIRE. Fausse —, par Arnaud, 295.
MÉNINGISME, au cours d'une fièvre typhoïde, par Grasset, 494.
MÉNINGITE. Trépanation dans la —, par Keay, 69. — tuberculeuse spinale par Rothganger, 371.
MENSTRUELLE. Psychose — avec goitre exophtalmique périodique, par Thomas, 357.
MENTALES. Rapport du comité des maladies —, par Whitwell, 353. Recherches collectives en matière des maladies —, par Mercier, 345.
MÉRALGIE paresthésique de Roth par Escat, 370.
MÉTALLOTHÉRAPIE, au temps de Charlemagne, 411.
MIGRAINE. Soulagement de la — et de quelques autres affections névralgiques de la tête, par Sargent et Snow, 78. Equivalents de la —, par Bary, 368.
MOELLE. Traumatismes de la — chez les mineurs, par Griffiths, 58. Tumeur du canal rachidien comprimant la —, par Raymond et Nageotte, 289, 360. Dégénérescences consécutives aux sections transversales doubles de la —, par Fajerstajn, 379. Affections syphilitiques de la —, par Boettiger, 386. Dégénérescence secondaire de chacun des cordons de la —, par Schaffer, 388. Altérations de la — consécutives à la désarticulation de l'épaule, par Wille, 390. Compression totale de la régions upérieure de la —, par Egger, 391. Altération de la —, par obturation momentanée de l'aorte par Sarbon, 479.
MORVAN. Paréso-analgésie des extrémités supérieures avec panaris ou maladie de — avec imbécillité et hémiplégie, par Bourneville, 441. Un cas de maladie de —, par Grasset, 493.
MOUFLON. Le cerveau du —, par Benedikt, 297.
MUSICALE. Affections de la faculté — dans les maladies cérébrales, par Ireland, 128.
MUSIQUE et faculté musicale dans la folie, par Legge, 131.
MYÉLITE aiguë dans la substance blanche, par Kustermann, 51.
MYOSIGÈNES. Des fibres —, par de Bechterew, 231.
MYXŒDÉMATEUSE. Trois cas d'idiotie — traités par l'ingestion de glande thyroïde, par Bourneville, 1.

NÉCROLOGIE. Le Dr Gauster, par P. Sérieux, 176. Duquet, 256. Dr Tebaldi, 416.
NERFS. Polymorphisme des réactions des divers —, par Lévy Dorn, 233. Suture des —, par Bruns, 486.
NERVEUSES. Les maladies — fonctionnelles et la syphilis, par Kowa-

lewsky, 51. Manifestations — extraordinaires chez un jeune sujet, par Culver, 278.
Névrite multiple chez les enfants, par Mackey, 46. Sur la —, par Stephenson, 264 — alcoolique, par Maudre, 399.
Névrose traumatique, par Crocq, 309.
Neurones par Klippel, 417.

Obsédantes. Etude clinique des idées —, par Thomsen, 143.
Obsession. Tentative de meurtre sous l'influence d'une —, par Vallon, 81.
Oculomoteur. Paralysie isolée traumatique du nerf — externe, par Eulenberg, 281.
Œdème. Etude anatomo-pathologique de l' — bleu, par Alekoff, 321.
Ophtalmoplégie unilatérale complète, par Trésillon, 288. — aiguë, par Schule, 373.
Optique. Du nerf — du pigeon, par Mayser, 474.
Oreille. Rapports des centres ampullaires de l' — interne avec les centres oculomoteurs, par Bonnier, 395.

Pachyméningite cervicale hypertrophique, par Kœppen 280.
Panaris analgésique, par Bourneville, 441.
Paralysie psychique, par Freund, 354. — associée à une atrophie musculaire progressive, par Schuter, 354. — hystérique avec contractures et troubles mentaux, par Bonnet, 357. — bulbaire unilatérale subaiguë, par Wiener, 265 — ascendante à rétrocession par Grasset, 494.
Paralysie faciale. Etiologie de la — périphérique, par Hatschek, 51. Récidive et diplégie dans la — rhumatismale, par Hubschmann, 285.
Paralysie générale progressive. Altérations neuro-musculaires dans la —, par Campbell, 134. — chez une fillette de neuf ans, par Dunn 137. De l'atrophie musculaire dégénérative dans la —, par Hoche, 288. Symptômes de la — et de l'épilepsie par Hellenberg, 356. Rupture de la vessie dans la —, par Herting, 392. — et tabes chez mari et femme, par Mendel, 403. Forme spasmodique et forme tabétique de la —, par Stewart, 340. Rapports de la — et affections chroniques des reins, par Bristowe, 341, 351. Relations cliniques et pathologiques de la —, par Farrar. — associée à une atrophie musculaire, par Schuter, 354. Quelques problèmes relatifs à la —, par Angiolella, 481. Caractères diagnostiques différentiels entre la — syphilitique et non syphilitique, par Pasquarel, 482.
Paralytiques généraux. Sulfates dans dans l'urine des —, par Turner, 138.
Paralysie infantile. Une épidémie de —, par Macphail, 45. Hémianopsie transitoire dans un cas de —, par Kœning, 280. Anatomie pathologique de la —, par Trevellan, 398.
Paramyoclonus multiples, par Breyman, 394.
Paraplégie tonique, par Axtell, 264.
Paresthésies. Sur les — localisées dans le domaine du nerf fémoro-cutané externe, par Bernhardt, 370, 387; par Nœcke, 378.
Pathologie. Revue de — nerveuse, par Deny, Blin, Keraval, Lwoff, etc., 360.
Pédérastie. Uranisme et —, par Stefanowski, 293.
Peptonurie chez les aliénés, par Mayer et Meine, 142.
Personnel de surveillance des aliénés, par Laehr, 404.
Pleurs. Rires et — inextinguibles dans les affections cérébrales, par de Bechterew, 57.
Plexus de Erb. Paralysie complète du —, par Weber, 474.
Pneumogastrique. Troubles fonctionnels du — dans les affections mentales, par Kellog, 145.
Pollutions nocturnes et épilepsie, par Zucarrelli, 281.
Polynévrite. Changements du système nerveux central dans la —, par Soukhanoff, 177.
Pont de Varole. Anatomie microscopique du — chez l'homme, par Pusateri, 479.
Porencéphalie. Un cas de —, par Conolly Norman et Fraser, 205.
Possédés du diable, 319.
Pott. Mal de — et paraplégie flasque anesthésique, par Grasset, 494.

PROTUBÉRANCE. De la circulation des régions de la — et du bulbe, par Shimamura, 229. Gliome de la partie postérieure de la —, par Jolly, 386.
PSYCHIQUES. Guérison apparente des troubles — chez deux maniaques, par Charon, 330. Pathogénie des troubles —, par Santenoise, 495.
PSYCHOLOGIE morbide comparée; immobilité du cheval, par Féré, 146.
PYCHOPATHOLOGIQUES. Quelques cas — devant les tribunaux serbes, par Wassitch, 335.
PYRAMIDES. Sections des deux — chez le chien, par Starlinger, 388. Place des fibres des cordons antérieurs des — dans le bulbe, par Jacobsohn, 472.

RÉFLEXES du genou au point de vue du diagnostic, par Leszinsky, 216. — peu connus dans les maladies nerveuses, par de Bechterew, 374.
RÉNALES. Affections —, leurs rapports avec l'alcoolisme et la folie, par Bond, 352.
RESPIRATION. Influence de l'écorce du cerveau sur la déglutition et la —, par de Bechterew et Otankow, 226.
RESPONSABILITÉ criminelle chez les aliénés, par Woods, 357.
RIRES et pleurs inextinguibles dans les affections cérébrales, par de Bechterew, 57.
RUBAN DE REIL et écorce cérébrale, par Bielschowsky, 387. Trajet du —, par Jakob, 388.

SANG dans le délire aigu, par Cabitto, 479.
SARCOMES multiples du cerveau et des méninges spinales, par Westphal, 50.
SATURNINE. Intoxication — à symptômes rares, par Janowsky, 368.
SCLÉRODERMIE, par Herringham, 47.
SCLÉROSE. Un cas anormal de — en plaques, par Diller, 269. Un cas de — spinale postérieure, par Chubb, 270. — artérielle du système nerveux central, par Jacobsohn, 280. Syndrome rappelant la — latérale amyotrophique chez un syphilitique, par Olivier et Halipré, 286. — en plaques à forme d'hémiplégie alterne, par Wizel, 287.
SCIATIQUE, par Higier, 369. Ondulations musculaires dans une —, par Hoffmann, 387.
SCOLIOSE alternante dans la sciatique, par Higier, 369.
SCOTOME. Déplacement du champ visuel dans le — scintillement, par Berger, 385.
SENSIBILITÉ. Troubles de la — de Bernhardt à la cuisse, par Freud, 389.
SENSITIFS. Les faisceaux — de la moelle d'après les recherches d'Holzinger, par de Bechterew. Les tractus nerveux — et sensoriels et les centres —, par Jelgersma, 382.
SENSORIELS. Phénomènes — consécutifs à des traumatismes anciens, par Drapes, 140.
SEXUELLES. Perversions — chez les dégénérés, par Masoin, 148. Perversions — et exhibitionnisme, par Reyneau, 291.
SOCIÉTÉ médico-psychologique, par Briand, 79, 152, 241, 294. — psychiatrique de Berlin, par Sérieux, 403. — des médecins aliénistes de Basse Saxe et de Westphalie, par Sérieux, 486.
SOMNAL et sulfonal, par Memon et Scally, 59.
SORCIERS. Croyance aux —, 412.
SPINALES. Structure des racines —, par de Massary, 396.
STRYCHNINE dans la névrite périphérique, par Walker, 45.
STUPEUR. La — entité morbide, par Whitwell, 144.
SUGGESTION et psychothérapie, par Goldi, 481.
SUICIDE. Nécessité d'une législation relative au —, par Strahan, 337. — en Prusse, 497.
SURDI-MUTITÉ, par Kerr-Low, 44.
SURDITÉ fonctionnelle, par Ransom et Dalby, 48. — hystérique ou fonctionnelle, par Ransom et Van Dyck, 59. — et aphasie hystérique chez un homme, par Sanphear, 365.
SYPHILIS cérébrale, par Stiéglitz, 274. Lésions vasculaires dans la — des centres nerveux, par Lamy, 392.

TABES. Méthode de Frœnkel dans le traitement du —, par de Bechterew, 225. Un cas de — au début, par Weil, 56. — ou diabète

sucré, par Grube, 58. Des troubles de la sensibilité et de leur localisation dans le —, par Loehr, 282. Pseudo-postinfectieux, par Grasset, 493.

TABÉTIQUES. Deux cas de luxation spontanée de la hanche chez des —, 47. Phénomène plantaire chez les —, par Hirschberg, 394.

TÉMOIGNAGE des enfants en justice, 90.

TESTICULE artificiel et guérison d'un état mental morbide chez un mono-cryptorchide, par Hermance, 147.

TÉTANIE traitée par l'extrait thyroïdien, par Byron Bramwell, 65. Observation d'un cas type de —, par Preston, 262.

THYROÏDE. Glande — accessoire avec procidence buccale, par Ilraith, 45. Pharmacologie du corps —, par Yvon, 190. Sécrétion interne du corps —, par Acona, 00.

THYROÏDIEN. Trois cas d'idiotie myxœdémateuse traitée par l'ingestion —, par Bourneville, 1. Folie avec goitre traitée par l'extrait —, par Mac Claughery, 60. Crétinisme sporadique traité par l'extrait —, par Talford Smith, 61. Expériences thérapeutiques sur l'alimentation —, par Sieglitz, 62. Traitement —, son histoire et son emploi en médecine interne, par Metzler, 63.

TICS CONVULSIFS. Troubles mentaux dans la maladie des —, par Remonchamps, 148.

TORTICOLIS mental, par Brissaud et Meige, 146.

TRÉPANATION dans la méningite, par Keay, 69.

TRIONAL. Empoisonnement par le—, par Hecker, 241.

TUBERCULE de Rolando, par Turner, 401.

TUBERCULOSE et son traitement dans les asiles d'Irlande, par Finegan, 79. Prophylaxie de la — dans les asiles, par Babcock, 147.

TUBERCULES QUADRIJUMEAUX. Une gomme dans la région des —, par Ilberg, 228. Diagnostic entre les tumeurs des — et celles du cervelet, par Bruns, 281.

TUKE (Daniel Hack), 254.

TUMEUR sous-corticale traitée par la trépanation, par Beevor et Ballance, 59. — cérébrale; opération suivie de succès, par Dana et Conway, 76.

TYPHOÏDE. Délire au début de la fièvre —, par Aschaffenburg, 149.

ULNAIRE. Symptôme — chez les aliénés, par Gœbel, 478.

URANISME et pédérastie, par Stefanowski, 293.

URINE. Altération de l'— dans les maladies mentales et la paralysie générale, par Siegmund, 357.

URIQUE. Diathèse — et névroses, par Smidt, 50.

VAGABONDAGE. Psychologie du —, par Cullerre, 292.

VAGIN. Corps étrangers du —, par Russel Strapp, 139.

VASO-MOTEUR. Trouble — unilatéral d'origine cérébrale, par Kaiser, 389.

VENTRICULE. Sarcome du IVe —, par Bruns, 487.

VERTÉBRALE. Carie — et compression médullaire, lamnectomie, par Smith, 45.

VERTIGE. Etat mental dans le —, par Corning, 344.

VIBRATIONS. Influence des — du diapason, par de Bechterew, 384.

VIEILLESSE et folie, par Verga, 484.

TABLE DES AUTEURS ET DES COLLABORATEURS.

Abel, 48.
Acona, 402.
Adam, 79.
Adamkiewicz, 386.
Agostini, 484.
Alelekoff, 321.
Althaus, 58.
Andriezen, 137.
Angiobella, 481.
Arnaud, 295.
Aschaffenburg, 149.
Auld, 46.
Axtell, 264.

Babcock, 147, 358.
Ballance, 59.
Ballet, 292.
Bannister, 359.
Barkan, 372.
Barlow, 47.
Barrs, 49.
Barrus, 146.
Bary, 368.
Batty-Tuke, 205.
Bauer, 335.
Baum, 291.
Beadles, 222.
Bechterew (de), 54, 57, 225, 226, 228, 231, 234, 355, 374, 384, 477.
Beevor, 59.
Bell, 336.
Belmondo, 480,
Benda, 377.
Benedikt, 126, 297.
Benson, 374.
Berckley, 394.
Berger, 385.
Bernhardt, 370, 387.
Beyer, 142.
Biedl, 475.
Bielschowsky, 387.
Bikeles, 232.
Blackford, 136.
Boettiger, 386.
Bond, 352.
Bondurant, 343.
Bonne, 235.
Bonnet, 357.
Bonnier, 395.
Boubila, 312.
Bourneville, 1, 170, 199, 313, 441.
Boyer, 199.
Brevo (van), 52.
Breyman, 374.
Briand, 79, 158.
Brissaud, 146.
Bristowe, 341, 351.
Broabdent, 399.
Bruce, 401.
Bruns, 281, 486, 487, 488.
Bullen, 140, 224.
Butler Smithe, 134.
Butlin, 47.
Byron Bramwell. 65.

Cabitto, 479.
Caille, 77.
Cale, 72.
Campbell, 134, 210, 350.
Carlswell, 134.
Carson, 263.
Chapmann, 138.
Charon, 257, 330.
Charpentier, 80, 153.
Chubb, 270,
Clarke, 44.
Clouston, 204.
Colman, 48.
Conklin Brush, 265.
Conolly Norman, 205, 301.
Conway, 76.
Cook, 301.
Corning, 344.
Cowan, 214.
Cowen, 348.
Cristiani, 484.
Crocq, 309.
Cullerre, 292.
Culver, 278.
Cunningham, 71.
Dalby, 48.
Dana, 76.
Dawson, 346.
Derode, 293, 339.
Dick (van), 59.
Diettrich, 294.
Diller, 269, 276.
Drapes, 112, 140,
Dunn, 137.

Egger, 391.
Ellis, 353.
Escat, 370.
Eskridge, 69, 207, 218.
Eulenburg, 281.
Eustace, 134.

Fajerstajn, 379.
Farrar, 345.
Féré, 146.
Finegan, 79.
Flechsig, 375, 386.
Flint, 117.
Fraser, 205.
Freund, 354.
Friedmann, 485.
Fronda, 482.

Garnier, 28, 405.
Gauster, 176.
Gehuchten (van), 286.
Guiseppe, 484.
Glorieux, 286.
Grasset, 492, 493, 494.
Grennless, 74, 352.
Greidenberg, 367.
Griffiths, 58.
Grube, 58.
Goebel, 478.
Goldi, 481.
Goodal, 140, 213.

Halipré, 286.
Hallervorden, 66.
Hastchask, 51.
Hay, 140.
Hecker, 241.

Hermann, 147.
Herringham, 47.
Herting, 392.
Hess, 368.
Higier, 369.
Hillenberg, 356.
Hirschberg, 394.
Hirschfelder, 372.
Hoche, 228, 479.
Hoisholt, 371.
Hoffmann, 387.
Holsinger, 228.
Hubert Bond, 213.
Hübschmann, 285.
Hutchinson, 50, 365.

Ilraith, 45.
Ireland, 128.

Jacobsohn, 280, 472.
Jakob, 388.
Janowski, 368.
Jelgersma, 382.
Joffroy, 97.
Jolly, 386.
Jones, 66.

Kaiser, 389.
Keay, 69.
Kellog, 145.
Kiernan, 293, 359.
Kitchell, 214.
Klippel, 33, 417.
Koening, 280.
Koeppen, 280.
Koller, 144.
Kowallewsky, 51.
Kraemer, 236.
Krafft Ebing, 290, 485.
Krauss, 272.
Krayatsch, 302.
Küstermann, 51,

Ladame, 367.
Laehr, 282, 404.
Lamy, 392.
Lanpts, 393,
Lapinsky, 397.
Laquer, 60.
Lawnie, 353.
Legge, 131.
Legrain, 79,
Lemaître, 407.
Leszinsky, 216.
Levy Dorn, 233.
Liepmann, 148.
Linke, 283.
Love, 44.
Lugaro, 479.
Lyon, 205.
Lyon-Thomas, 372.

Mac Cartie, 277.
Mac Claughery, 60.
Mackey, 42, 287.
Macleod, 306.
Mac-Naught, 69.
Macphail, 45.
Macpherson, 68, 249, 263.
Marandon de Montyel, 306.
Marens, 396.
Marinesco, 169.
Masoin, 108, 306.
Massalongo, 395.
Massary (de), 396.
Maudre, 399.
Mayor, 474.
Meige, 146.
Meine, 142.
Memon, 59.
Mendel, 403.
Menzies, 300.
Mercier, 395.
Metlzer, 63.
Meyer, 137, 142.
Mickle, 393.
Middlemass, 204.
Mingazzini, 473.
Mongeri, 311.
Morel, 66.
Morris, 372.
Motet, 80.
Motschutkowsky, 469.
Moulton, 145.
Muratow, 353, 369, 380.
Murray, 48, 49.

Nageotte, 289, 360.
Nammack, 215.
Naunyn, 289.
Neill, 352.
Nissl, 229, 232.
Noecke, 378.
Nolan, 301.
Nonne, 389.

Olivier, 286.
Ostanskow, 226.
Owen, 60.

Pantaloni, 312.
Parkhil, 207.
Pasquarel, 483.
Pauly, 312.
Permewan, 48.
Peterson, 218.
Phleps, 218.
Pianetta, 484.
Pinkerton, 49.
Preston, 262.
Pusateri, 479.

Ranson, 59, 372.
Rausour, 48.
Raymond, 289, 360.
Rayneau, 291.
Redlich, 52.
Régis, 313.
Régnier, 113, 467.
Remonchamps, 148.
Rieger, 294.
Riggs, 60.
Risien, 49.
Robertson, 204.
Robinson, 78.
Rodrigues, 312.
Rossolimo, 284.
Rothganger, 371.
Russell, 49.
Russel Strapp, 139.

Sanphear, 365.
Sarbo, 473.
Santenoise, 495.
Sargent, 78.
Scally, 59.
Schaffer, 388.
Schuler, 373.
Schirmann, 271.
Schuster, 354.
Sémelaigne, 341.
Sérieux, 155, 169, 176. 242, 250, 308, 403. 486
Shimamura, 229.
Sibbald, 305.
Sieglitz, 62.
Siegmund, 367.
Simpson, 139.
Smidt, 50
Snell, 491.
Smith, 45.
Snow, 78.
Soukhanoff, 177.
Starlinger, 388.
Stefanowsky, 293.
Stephenson, 133, 264.
Stern, 234.
Sternberg, 226.
Stewart, 340.
Stieglitz, 274.
Strahan, 337.

Talbot, 359.
Talfort Smith, 61.
Tamburini, 283.

Taty, 358.
Thomas, 357.
Thomsen, 143.
Toulouse, 97.
Tresillan, 288.
Trevellan, 398.
Tuke, 346.
Turner, 138, 401.

Urquhart, 137.

Vallon, 28, 81.
Vassitch, 335.
Vogt, 380.
Voisin (H). 80, 153.
Voronoff, 407.

Walaenberg, 373.
Waldo, 48.
Walker, 45.
Waller, 397.
Wallis, 74.
Warneck, 138, 353.
Weatherly, 301.
Weber, 474.
Weil, 56.
Werding, 55.
Westphal, 50.
Whitwell, 144.
Wiener, 265.
Wille, 390.
Wizel, 287.
Woods, 337.
Wright, 288.
Wulff, 239.

Yvon, 190.

Zucarrelli, 283.

EXPLICATION DES PLANCHES.

Planche I.

La *ligne rouge* indique la marche de la *température*.

La *ligne bleue* indique les modifications du *poids*.

Les *rectangles verts* correspondent à un *demi-lobe* de *glande thyroïde* et les *carrés* à un *lobe*.

Planche II.

Fig. 1. — Coupe de l'artère cubitale avec les deux veines qui l'accompagnent. On peut y voir le décollement de la tunique interne de l'artère, des hémorragies dans l'épaisseur de la tunique moyenne (*a*) ; un thrombus pariétal avec commencement d'organisation (*b*) ; du côté de la veine on voit une valvule très développée (*c*) ; et la prolifération de la tunique interne du vaisseau (*d*).

Fig. 2. — Petite veine du tiers inférieur de l'avant-bras. Thrombose des vasa-vasorum (*a*) ; vaisseau oblitéré, sclérosé (*b*) ; décollement de l'endothélium (*c*).

Fig. 3. — Coupe verticale de la peau de la région œdématiée. Fentes lymphatiques dilatées (*a*) ; vaisseau sanguin oblitéré (*b*) ; hémorragies (*c*).

Fig. 4. — Nerf de la peau dégénéré, pris à la région œdématiée.

Fig. 1, 2 *et* 3. — Grossissement de 75.

Fig. 4. — Grossissement de 350.

Évreux, Ch. Hérissey, imp. — 696.

Fig. 3

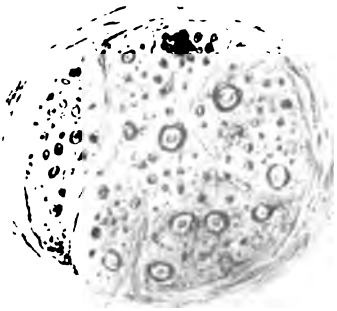

Fig. 4

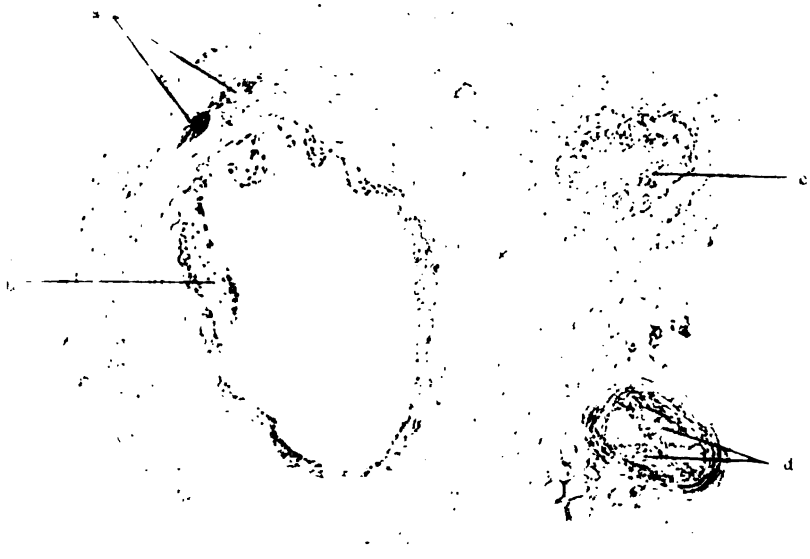

Fig. 1

Fig. 2

DATE DUE SLIP
UNIVERSITY OF CALIFORNIA MEDICAL SCHOOL LIBRARY

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE
STAMPED BELOW

7 DAY
FEB 6 1970

RETURNED
FEB 2 - 1970

2m-8,'21

v.1 Archives de neurologie.
2.ser. 9012
1896

5012

University of Califo[illegible]s